

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 33

L'ENSEMENCEMENT
DE LA
PAROI THORACIQUE
DANS LES
PONCTIONS DE LA PLÈVRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 1^{er} décembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice RAYNAUD

Ancien Externe des Hôpitaux de Montpellier

né à CARMAUX (Tarn), le 26 Janvier 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

L'ENSEMENCEMENT DE LA PAROI THORACIQUE
DANS LES PONCTIONS DE LA PLÈVRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 33

L'ENSEMENCEMENT
DE LA
PAROI THORACIQUE
DANS LES
PONCTIONS DE LA PLÈVRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 1^{er} décembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice RAYNAUD

Ancien Externe des Hôpitaux de Montpellier

né à CARMAUX (Tarn), le 26 Janvier 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ.
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	MARTIN (Etienne)
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Puériculture et hygiène de la première enfance.....	MM. CHATIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX	LEULIER	NOEL
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, *président* ; COURMONT, *assesseur* ;
 BONNET et SANTY, *agregés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MA MÈRE CHÉRIE

Je fais un pieux hommage de ce travail pour la tendresse infinie dont elle m'a toujours entouré. Elle restera dans mon souvenir comme le symbole le plus pur de cette chose à la fois si simple et si grande : l'amour maternel.

A MON PÈRE
LE DOCTEUR MAURICE RAYNAUD

Il a été pour moi un constant exemple de travail et d'énergie, de probité morale et professionnelle. Puissent ces lignes lui témoigner ma vive gratitude, ma piété filiale et ma profonde affection.

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER
*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur*

A MES Juges

A TOUS MES MAÎTRES

MEIS ET AMICIS

L'ENSEMENCEMENT DE LA PAROI THORACIQUE DANS LES PONCTIONS DE LA PLÈVRE

INTRODUCTION

La ponction d'une plèvre avec une aiguille est une opération de pratique quotidienne. Elle apparaît à tout praticien comme le complément naturel et inoffensif de beaucoup d'examens cliniques pleuro-pulmonaires. Elle permet de fixer, par un examen cytologique ou bactériologique, un pronostic plus sûr et de prescrire un traitement plus exact. Comme moyen thérapeutique, elle suffit parfois à tarir un épanchement, et, en tous cas, elle permet souvent de parer aux dangers immédiats qu'il peut faire courir au malade, s'il est trop abondant. A ces deux grandes indications premières d'exploration et d'évacuation, Forlanini en a ajouté une troisième, d'une importance considérable : la réalisation du pneumothorax thérapeutique. La ponction pleurale présente donc un grand intérêt et nous n'aurons certes pas l'intention d'en déconseiller l'emploi, dans ce modeste travail où nous voulons étudier une complication possible de

cette intervention : l'ensemencement du trajet par le liquide pleural.

Notre excellent maître, M. le Professeur Tixier, a été plus d'une fois amené à inciser chez des tuberculeux des abcès de la paroi thoracique nés d'anciennes ponctions, à les voir communiquer avec la cavité pleurale, à réaliser ainsi une pleurotomie dans des conditions qui comportent un pronostic de haute gravité. Il a aussi reçu dans son service des malades atteints de pleurésie purulente, à microbes virulents, chez lesquels des ponctions multiples avaient infecté la paroi et réalisé de vastes phlegmons, rendant plus pénible pour le chirurgien, et plus grave pour le patient, l'intervention nécessaire.

Il a alors pensé qu'il ne serait pas inutile de dire à tout praticien : « Au moment où vous allez pratiquer une thoracentèse, vous ne devez pas considérer cet acte comme absolument inoffensif. Songez que parfois elle peut amener l'infection de la paroi, qui est une complication grave. » — Evidemment, cette éventualité n'est pas fréquente, mais il suffit qu'elle existe : en mettant en lumière un détail touchant à une question aussi connue, il a paru à notre Maître qu'on pouvait faire œuvre utile et il nous a fait le grand honneur de nous confier, comme sujet de notre thèse, l'étude de ce point particulier.

Cette étude tire son intérêt d'abord de ce que les auteurs qui se sont occupés de thoracentèse ont fort peu insisté sur ces complications, d'autre part des quelques observations que nous avons réunies pour tâcher d'illustrer nos recherches.

Nous commencerons notre mémoire par un chapitre d'Historique. Puis nous opposerons les malades tuberculeux aux non tuberculeux. Enfin, dans une dernière page de technique, nous essayerons de réunir les artifices proposés par les auteurs pour rendre la ponction vraiment exempte de dangers.

Avant d'entreprendre l'étude de notre sujet, c'est pour nous un agréable devoir de témoigner à nos Maîtres notre vive gratitude.

A Montpellier, M. le Professeur Forgue nous a constamment honoré de sa particulière bienveillance; nous lui devons une grande part de notre éducation chirurgicale. Nous nous rappellerons les leçons si claires, si lumineuses de M. le Professeur Jeanbrau. M. le Professeur Riche nous a associé de bonne heure à ses travaux; dans une circonstance toute récente, que nous ne pourrons jamais oublier, il s'est acquis des titres inaliénables à notre reconnaissance. Nos Maîtres de l'Externat, M. le Professeur Ducamp et M. le Médecin-Major Augé, nous ont appris le meilleur de nos connaissances de pratique. Nous devrions citer tous nos Maîtres de la Faculté tant nous devons à chacun et à tous. M. le Docteur Roux nous a toujours gardé sa confiance : qu'il trouve dans ces lignes l'assurance de notre respectueuse amitié.

Tard venu à la Faculté de Médecine de Lyon, nous avons suivi, à l'Hôtel-Dieu, les magistrales leçons de M. le Professeur Tixier et ses présentations de mala-

des si instructives. Son enseignement a été le complément précieux de notre formation médicale.

Nous remercions très vivement M. le Docteur Polloson, qui nous a aidé dans la rédaction de notre thèse : il nous a prodigué ses conseils, a guidé notre inexpérience, et nous a reçu en ami.

M. le Professeur P. Courmont et M. le Docteur Roubier nous ont aimablement accueilli dans leurs services; c'est à eux que nous devons nos principales observations; nous les assurons de notre respectueuse reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Historique de la Ponction pleurale ⁽¹⁾

L'idée d'évacuer les collections de la plèvre, au travers de la paroi thoracique, paraît remonter fort loin. On n'est pas peu surpris de lire dans *Cicéron*, la relation d'une opération semblable remontant aux temps mythologiques, opération certes un peu particulière, puisque pratiquée sur les champs de bataille, probablement par la main des dieux! — Phalereus, en effet, atteint d'un mal jugé incurable par les médecins, avait décidé de mettre un terme à ses souffrances et à sa vie. Il combattait donc offrant sa poitrine au fer ennemi : il fut frappé : par la blessure s'écoula une grande quantité de pus : l'arme meurtrière l'avait guéri !

Les Anciens, nous dit Galien, employaient le fer

(1) Pour rédiger la première partie de cet historique, nous avons fait de larges emprunts à l'« Histoire de la Médecine de Sproengel ».

rouge et il rapporte qu'Euryphon de Cnide sauva ainsi la vie de Cinésias, fils d'Evagoras.

Déjà du temps d'*Hippocrate*, l'opération de l'*Empyème* était minutieusement réglée. Ne dit-il pas, en effet : « Les individus atteints d'hydropisie ou
« d'empyème qu'on débarrasse trop promptement de
« la sérosité ou du pus, par le feu ou par le fer,
« succombent ? » Et, plus loin : « Quand il s'écoule
« un pus blanc de bonne qualité, après l'ustion ou
« l'incision, le malade guérit ? »

C'est dans ces propositions que nous trouvons pour la première fois indiqués, les deux procédés alors employés. Les derniers hippocratiques préférèrent le couteau. Après avoir, par la succussion, l'application d'un linge imprégné de boue, ou la simple constatation d'une voussure, posé le diagnostic d'épanchement, ils incisaient la peau avec un large bistouri, puis ponctionnaient l'espace intercostal avec une mince lancette. Nous trouvons, dès cette époque, mention d'un accident possible : la mort par l'évacuation complète du liquide. Cette crainte était telle que beaucoup d'hippocratiques préféraient pratiquer la térébration d'une côte, cette technique permettant au praticien de mieux contrôler l'issue du fluide. On avait déjà observé les adhérences du poumon avec la plèvre et on les rompait soit avec une vessie qu'on manœuvrait à peu près comme à l'heure actuelle, un ballon de Champetier, soit par l'introduction de canules mousses en étain.

Celse ne dit rien de nouveau sur la paracentèse de la poitrine et se montre le disciple fidèle du grand médecin grec.

Comme lui, *Galien* suit la technique de ses devanciers, et Hippocrate aurait pu signer ce précepte : « Ouvrez l'empyème entre deux côtes et laissez le pus s'écouler peu à peu, ou bien percez la poitrine avec un fer rouge, comme le font quelques praticiens. » Il condamne formellement l'évacuation totale du liquide et en attribue les néfastes effets à l'issue de l'air qui l'accompagne. Il fait enfin mention d'une innovation technique : la *succion* qui sera à peu près abandonnée pour reparaitre seulement au ^{xvii}^e siècle.

De cette époque, l'opération tombe de jour en jour en discrédit. *Léonidas*, d'Alexandrie, la condamne formellement et indique un accident nouveau, la fistulisation. Parlant de ceux qui avaient pratiqué la paracentèse du thorax : « Ils causèrent, dit-il, la mort de leurs malades, parce qu'avec le pus, sortait aussi l'air nécessaire à la vie; ou bien (ces opérations) firent naître des fistules incurables! »

Donc chez les Romains et chez les Grecs, la thoracentèse ne parvenait pas à acquérir droit de cité. Chez les Arabes, il en fut de même : malgré quelques partisans, elle n'a pas la faveur des praticiens. Que lui reprochent-ils ? *Haly Abbas* : la fistulisation ; *Avenzoar* : l'entrée de l'air dans la poitrine : première mention du pneumothorax accidentel.

Les médecins du Moyen-Age laissent dans l'oubli cette intervention : de temps en temps les plus audacieux la tentent, mais sans grand résultat, parce que toujours *in extremis* !

Nous la retrouvons pratiquée au ^{xiv}^e siècle par

Guillaume de Salicet, qui fait le premier, d'une façon systématique, le lavage de la plèvre avec du vin. Quelques cent ans plus tard, *Guy de Chauliac* pratique la paracentèse de la poitrine, mais avec réserve, considérant cette intervention comme dangereuse.

Jean Arculanus, au xvi^e siècle, se conforme aux préceptes anciens, et n'hésite pas à pratiquer l'opération de l'empyème par l'incision ou le fer rouge. Mais nous avons tout lieu de lui reconnaître plus d'audace que de confiance puisqu'avant d'opérer « il faut, dit-il, mettre sa réputation à couvert, en portant un « pronostic douteux ! »

Après *Ambroise Paré*, qui emploie l'un ou l'autre procédé, l'ustion est à peu près délaissée, seule l'incision restera.

En 1640, *Jean de Vigo* parle d'une « sonde courbe » avec laquelle on doit parfois sucer le pus dans les « plaies pénétrantes de la poitrine ». C'est donc probablement cet auteur qu'il faut considérer comme le père de la thoracentèse au trocart et à la seringue : après lui, *Scullet* précise cette technique.

À partir du xvii^e siècle, l'opération est l'objet de minutieuses observations; *Bontius*, en 1658, pose le premier la question de l'introduction de l'air dans la poitrine : il ne le redoute pas. *Bartholin* combat cette manière de voir et entraîne avec lui l'opinion générale. Dès lors la technique se modifie et naît d'une manière effective avec *Vincent Drouin*, en 1694, la thoracentèse par ponction avec trocart et seringue.

Jusqu'à cette époque, elle n'avait guère été envisagée que dans le traitement de l'empyème. Alors on

commence à se préoccuper de la ponction dans le traitement de l'hydrothorax. Déjà, en 1624, *Jérôme Goulu* estimait qu'elle réussit plus souvent dans l'hydrothorax que dans la paracentèse de l'ascite : « Ergo
« in thoracis, quam in abdominis hydropes paracen-
« tesis tutior. » Quelques années après, *Zacutus Lusitanus* propose la thoracentèse pour évacuer les sérosités qu'on ne pouvait évacuer d'autre façon ; il fut suivi beaucoup plus tard par *Nilles* et *Lower*.

Après *Drouin*, *Antoine Nuck* se sert couramment du trocart. *Dionis* lui accorde aussi la préférence « à
« cause de la simplicité de l'opération et de l'étroite-
« tesse de l'ouverture » ; il signale comme accident possible la piqûre du poumon. *Anel*, en 1707, imagine des seringues et des aiguilles diverses pour la thoracentèse. *Sauveur Morand* est très partisan de l'emploi du trocart.

En 1765, *Lurde* propose de nouveau le trocart et en prône l'usage, il rencontre néanmoins une grosse opposition chez ses collègues et non des moindres, puisque nous trouvons *Chopart* et *Desault* parmi ses détracteurs les plus acharnés. Cependant, quelques années plus tard, *Majault* peut affirmer : « Ergo hy-
« dropi pectoris, paracentesis ».

En 1808, *Audouard* affirme et prouve que l'évacuation totale de l'épanchement n'avait pas les inconvénients qu'on lui supposait. Dès ce moment, les médecins sont gagnés petit à petit à la cause de la thoracentèse qu'ils considèrent comme inoffensive. *Laënnec* la pratique sans grande conviction, d'ailleurs : « J'y ai eu moi-même recours assez souvent,

« mais je n'ai jamais obtenu aucun succès durable
« par ce moyen! »... « cette opération est sans incon-
« vénients ». Enfin, avec sa sagacité habituelle, il juge
qu' « elle deviendra beaucoup plus commode et plus
« souvent utile, à mesure que l'usage de l'auscultation
« médiate se répandra! » Vers 1850, *Trousseau* ap-
porte à l'étude de la thoracentèse son tribut de re-
cherches, lui consacre des leçons fort documentées
et souhaite que cette opération rentre de plus en
plus dans la pratique quotidienne. En 1853, *Marotte*
faisait à l'Académie de Médecine un rapport sur la
question qu'il jugeait tout à l'avantage de la méthode.
Dans ses conclusions, il pose les indications respecti-
ves de la pleurotomie et de la thoracentèse : il ne
signale pas les dangers de cette dernière interven-
tion.

Depuis, celle-ci est passée dans la pratique courante
et si les auteurs se sont occupés d'en perfectionner
la technique, personne n'est plus revenu sur sa né-
cessité et ses avantages.

En 1869, *Dieulafoy* a présenté son appareil à aspi-
ration. Plus tard, *Potain* a inventé l'instrument qui
porte son nom et qui est aujourd'hui universellement
employé.

Nous devons aussi signaler les très réels progrès
qui ont été réalisés dans la construction des appa-
reils à pneumothorax artificiel.

Si nous jetons un regard en arrière, nous voyons
que l'histoire de la thoracentèse peut se diviser en
4 grandes périodes :

Première période : Des Anciens à Galien.

La paracentèse de la poitrine est souvent pratiquée. Incision et ustion se partagent les faveurs des opérateurs. Aucune règle précise ne fixe encore cette intervention.

Deuxième période : De Galien à Paré.

Période d'oubli pour la thoracentèse. Pratiquée de loin en loin, mais timidement.

Troisième période : De Paré à Trousseau.

Les indications sont précisées, la technique est perfectionnée, mais cette intervention reste aux mains des maîtres de l'art, et est encore redoutée par la plupart des médecins.

Quatrième période : De Trousseau à nos jours.

Période de vulgarisation ; la thoracentèse devient vraiment une opération de pratique habituelle.

On a pu être surpris de nous entendre parler dans ce chapitre de « thoracentèse » et d'« empyème ». En réalité, si nous avons étudié ces interventions, c'est pour ne pas séparer, dans l'histoire, des techniques assurément très voisines et qui ont découlé les unes des autres. Mais dans notre travail, nous avons surtout en vue les ponctions pleurales exploratrices et évacuatrices et nous nous placerons à un point de vue purement chirurgical.

CHAPITRE II

Ponction d'un épanchement séreux d'origine Tuberculeuse

Etiologie

Un tuberculeux réalise un épanchement pleural séreux, le médecin est amené à pratiquer la ponction dans deux conditions. D'abord, comme complément d'examen : liquide en main, il pose d'une façon indubitable le diagnostic d'épanchement. Veut-il approfondir la question étiologie ?... il envoie le liquide retiré au laboratoire; on fera des cultures, des inoculations, des séroréactions, des examens cytologiques et on lui donnera une réponse aussi précise que possible, qui lui permettra de commencer le traitement en lui donnant toutes chances de le conduire au mieux des intérêts particuliers du malade. A côté

de ce rôle d'exploration qu'Hippocrate déjà appréciait tant : « Pouvoir explorer est une grande partie « de l'art », la thoracentèse a aussi un but thérapeutique. Au cours de l'évolution de la maladie elle est en effet souvent nécessaire pour vider un épanchement dangereux par son volume. Les indications de cette ponction thérapeutique sont bien connues de tous les praticiens et ont été particulièrement bien fixées par *Potain* à l'Académie de Médecine. Elles se tirent, d'après cet auteur, de quatre ordres de considérations :

a) Les troubles fonctionnels, et, parmi eux, surtout, la dyspnée, l'insomnie persistante et la tendance syncopale ;

b) L'abondance de l'épanchement. Dieulafoy fixe la limite tolérable à 2.000 grammes ;

c) L'âge de l'épanchement, chacun sait que l'on ne doit pas ponctionner avant le quinzième jour ;

d) La nature de l'épanchement.

MECANISME D'INOCULATION

La ponction pratiquée, le liquide pleural, qui est un liquide tuberculeux, peut infecter la paroi thoracique. Le mécanisme de cet ensemencement du trajet est fort facile à comprendre. L'extrémité du trocart plongeant dans la masse liquidienne, reste imprégnée, au moins extérieurement, du liquide et s'essuie pour ainsi dire aux muscles intercostaux et

aux tissus cellulaires lorsqu'elle est retirée. D'autre part, une fois l'intervention terminée, le liquide restant dans la cavité se trouve plus ou moins en contact avec l'orifice interne de ponction et s'insinue jusque dans le trajet.

Ce mécanisme est lié à la persistance de l'orifice due à la disposition particulière des muscles de la région. Le gril costal, en effet, constitue comme une sorte d'armature rigide sur laquelle les muscles intercostaux sont tendus et ne peuvent pas, par conséquent, présenter les mouvements de toutes les masses musculaires qui, dans d'autres régions, ont tôt fait de détruire le parallélisme des divers plans. On peut apporter une preuve clinique à l'appui de cette affirmation : l'influence constatée du lieu de ponction sur la fréquence des complications pariétales. M. le Docteur Roubier ponctionne le plus souvent en avant de la ligne axillaire, afin que le malade étant dans le décubitus dorsal, le liquide soit le moins possible en contact avec la plaie pleurale.

D'autre part, la plèvre pariétale est adhérente au plan costal et contribue ainsi à la persistance du trajet. Outre ces constatations anatomiques, il y a deux conditions qui paraissent favoriser singulièrement l'infection de la paroi. C'est d'abord la *répétition des ponctions*; nous avons réuni ci-dessous nos observations où, toujours, nous trouvons plusieurs ponctions :

Obs.	Provenance	Nature de l'épanchement	Nature de la complication	Nombre de ponctions
1	<i>Dr Roubier</i>	Séreuse Tuberculeuse	Nodules d'ensemencement	3
2	<i>Dr Souligoux in Vadon</i>	id.	Abcès multiples	Plusieurs
3	<i>Dr Roubier in Valette</i>	id.	Abcès non fistulisé	11
4	<i>Dr Leplat in Vadon</i>	id.	id.	Plusieurs
5	<i>Dr Souligoux in Vadon</i>	id.	Abcès fistulisé	id.
6	<i>Dr Rouville in Vadon</i>	id.	Abcès opéré et fist.	id.
7	<i>Dr Leplat</i>	id.	Abcès non fistulisé	id.
8	<i>Pr Courmont</i>	Purulente tuberculeuse	Abcès fistulisé	2
9	<i>id.</i>	id.	id.	2
10	<i>Dr Roubier</i>	id.	id.	Plusieurs
11	<i>Dr Pissavy</i>	id.	id.	Plusieurs
12				
13				
14	<i>Dr Roubier</i>	id.	Abcès froid pleur.	Plusieurs
15	<i>Pr Tixier</i>	id.	Abcès fistulisé	id.
16	<i>Prs Courmont et Tixier</i>	Purul. à pneumocoque	id.	6
17	<i>Dr Roubier</i>	id.	id.	8
18	<i>Pr Tixier</i>	id.	id.	3
19	<i>Pr Tixier</i>	Purul. à streptocoque	Abcès pleur.	Plusieurs

C'est ensuite la moindre résistance du tissu cellulaire, par rapport à celle de la séreuse pleurale, simple cas particulier d'une loi bien connue de pathologie générale et remarquablement formulée il y a plus d'un demi-siècle par Roux et Auguste Bérard :

« Telle est la facilité avec laquelle la suppuration
« s'établit dans le tissu cellulaire qu'une partie qui
« n'a été frappée que secondairement et par conti-

« nuité devient le siège d'un abcès, alors même que
« l'inflammation primitive se termine par résolu-
« tion. »

Clinique

L'ensemencement de la paroi thoracique par du liquide tuberculeux séreux se traduit par l'apparition d'une tuméfaction localisée que nous appellerons le *nodule d'ensemencement* et qui pourra se transformer ultérieurement en véritable abcès froid. Nous étudierons donc successivement ces deux complications éventuelles.

I. — NODULE D'ENSEMENCEMENT. —

Cette complication, observée fréquemment dans les services de phthisiologie, apparaît soit après une ponction évacuatrice, soit après une insufflation. En général, elle se montre dès le surlendemain de la ponction. Le malade éprouve une sensation de gêne appréciable, parfois même une douleur, en général, peu vive.

A l'examen on se trouve en présence : le premier jour, d'une tuméfaction peu limitée et sans caractères bien nets de la région ponctionnée. Dès le surlendemain de l'intervention, on trouve un petit nodule arrondi, dur, siégeant dans l'épaisseur de la paroi, douloureux à la pression et fixé aux plans profonds. Les plans superficiels sont mobiles au-dessus de lui. La peau ne présente pas d'autres modifications que la cicatrice de la plaie d'entrée du trocart.

L'évolution de ce nodule est, dans la grande majorité des cas, bénigne. Il se résorbe en général spontanément en huit jours et sans avoir subi d'autres modifications. Cette issue favorable n'est malheureusement pas la règle absolue. Il arrive, en effet, quelquefois, que ce nodule grossit, et constitue, *parfois à longue échéance*, un véritable abcès froid thoracique.

II. — L'ABCÈS FROID DU THORAX. — La pathogénie de ces abcès froids thoraciques a été fort discutée; nous allons tâcher de montrer quelle évolution ont suivie les idées des auteurs sur ce sujet.

Si nous parcourons le remarquable travail de *Leplat*, paru en 1865, nous voyons quelle était l'étiologie communément adoptée jusqu'alors. L'auteur les classe sous trois chefs :

a) *L'ostéite et ses dérivés*, qui était soutenue par *Chassaignac*, *Bonnet*, *Beurdy*, qui apportaient de nombreuses observations d'abcès froid des parois thoraciques avec lésions costales ou sternales, concomitantes.

b) *L'action des agents extérieurs*. — *Sédillot* et, après lui, *Beurdy*, dans sa thèse de doctorat, incriminent des actions toutes mécaniques pour expliquer les phlegmasies des parois thoraciques : pression d'un ceinturon trop court, vêtement trop serré, pression de la courroie du sac.

c) *L'action des phénomènes mécaniques de la respiration*. — *Menière*, qui écrivit le premier travail sur ces abcès, en 1829, expliquait leur fréquence et leur

développement par l'irritation que produisent les efforts de toux.

En présence de ces diverses interprétations, Leplat les passe au crible de sa remarquable faculté d'observation, ne les nie pas, mais affirme que ces causes sont trop souvent invoquées. Il ajoute une notion nouvelle : celle de la *pleurésie antérieure*. Ayant pris comme texte la phrase de Gerdy : « Les abcès de voisinage sont si communs et encore si peu connus, que je crois devoir les décrire à part, pour les signaler plus fortement à l'attention », il s'applique à rechercher toutes les observations parues dans la littérature médicale. Et il est tout naturellement amené à se dire : « Si l'inflammation de la plèvre a un retentissement incontestable sur le poumon, le péricarde, le tissu cellulaire du médiastin, rien ne s'oppose à ce qu'elle se propage aux parois thoraciques. » Le chirurgien du Val-de-Grâce décrit ensuite ces abcès et formule même des rapports très précis entre eux et l'état de la plèvre :

« 1° A une pleurésie chronique correspond un abcès froid ;

« 2° A une pleurésie aiguë succède un abcès phlegmoneux ;

« 3° Un abcès chaud est subordonné à une pleurésie chronique. »

Lorsqu'il trouve une nécrose des côtes, il estime que cette lésion peut être secondaire à l'abcès : « Quand il n'existe ni scrofule, ni syphilis, ni contusion violente, il est irrationnel de supposer une

« altération osseuse. Lorsque celle-ci existe, elle peut
« être consécutive. »

Ainsi donc, un pas nouveau était fait dans l'étude de l'étiologie des abcès thoraciques, et il fallait parfois les considérer comme une lésion de voisinage consécutive à une pleurésie.

Huit ans plus tard, Gaujot et son élève Choné découvrent des lésions costales, dont ils parviennent à déterminer le siège exact, et font du *périoste externe* le point de départ de l'affection : « Cette périostite
« superficielle, ou externe, laisse intacte l'adhérence
« du périoste aux os, qui ne sont nullement touchés
« dans une première période de la maladie. » Après la théorie osseuse, universellement admise, la théorie péri pleurale, et celle de la périostite externe restaient en présence.

Ces deux idées nouvelles séparèrent les auteurs en deux écoles : Gaujot eut ses partisans, Leplat les siens ; des polémiques s'ensuivirent. Il semble bien qu'alors la théorie périostique l'emportât.

En fin d'année scolaire 1876, Duplay fit, à la Charité, une clinique sur « les abcès chroniques des parois thoraciques ». Après avoir fait, sommairement, l'histoire de la question, il distingue trois variétés d'abcès :

a) Les abcès froids, peut-être venus de ganglions lymphatiques ;

b) Les abcès froids périostiques : « Les causes en restent obscures, mais il est certain qu'elles sont d'ordre général. »

c) Les abcès ossifluants. L'origine en est une lésion profonde des os.

Le chirurgien de la Charité n'ajoute rien de nouveau à l'étude de ces lésions.

Cette leçon eut un effet assez inattendu : celui de faire naître une nouvelle hypothèse ! Quelques jours après sa publication, Duplay, en effet, recevait une lettre de Verneuil dans laquelle celui-ci lui faisait part de ses recherches. Il estime que sont souvent coupables les ganglions qui accompagnent les vaisseaux thoraciques, et termine sa lettre d'une façon fort explicite : « Je crois donc qu'on peut admettre comme possible l'origine ganglionnaire de certains abcès de la paroi thoracique. »

En 1894, Souligoux étudie la « Pathogénie des abcès froids du thorax ». Il les divise en trois groupes : a) abcès du tissu cellulaire ; b) abcès d'origine osseuse ; c) abcès d'origine pleurale.

Vadon, en 1905, reprend les idées de Leplat, et il estime qu' : « elles doivent prendre une grande place dans la pathogénie des abcès froids thoraciques ».

A Lyon, s'inspirant des leçons de Maurice Pollosson, MM. Tixier et Thévenot signalent, en 1910, une nouvelle donnée pathogénique : l'origine articulaire. Ils étudient seulement la tuberculose des articulations costales antérieures : chondro-sternales et sternocostales, et citent 14 Observations. Il faut rechercher dans ces articulations la cause de quelques abcès froids, étiquetés souvent abcès du sternum ou abcès thoracique.

« Le point de départ un peu particulier de ces

« abcès, concluent-ils, ne modifie en rien leur marche, leur symptomatologie, leur évolution. Il est intéressant à connaître au point de vue pathogénique et aussi au point de vue thérapeutique, ... car... li faut enlever l'articulation en totalité. »

Dans la thèse de Camo, M. Tixier fait poser le diagnostic différentiel entre ces abcès froids articulaires et certains chondromes du thorax.

En résumé, tous les éléments anatomiques constituant la paroi thoracique ont été à tour de rôle incriminés. Chaque auteur a apporté la contribution d'une hypothèse personnelle que, naturellement, il a voulu voir universelle. La vérité nous paraît être dans l'éclectisme, et, assurément, on trouvera souvent une origine pleurale osseuse ou articulaire. Mais, lorsqu'on ne trouvera pas une étiologie sûre, il sera toujours bon de demander au malade . « Avez-vous eu une pleurésie ? », « a-t-elle été ponctionnée », car, à notre avis, la ponction est quelquefois coupable de la formation ultérieure d'un abcès froid.

A bien regarder les choses, cette relation est très vraisemblable. Le fait que la transformation du nodule en abcès froid se fait parfois très lentement, explique que le malade n'établit pas de rapport entre une pleurésie qu'on aura ponctionnée parfois un ou deux ans auparavant, et la lésion qui l'amène au chirurgien. Celui-ci, dans son interrogatoire, ne parviendra souvent pas à faire avouer cette cause. Dans les nombreuses observations de la thèse de Vadon, nous en trouvons de particulièrement démonstratives. C'est un homme, D..., rentrant une première fois

à l'hôpital pour pleurésie subaiguë, sortant après *vingt-sept jours de traitement...*, et revenant, un mois après, avec un abcès froid du thorax ! (Obs. VI). C'est un soldat, Louis P..., soigné pendant trois mois pour une pleurésie et qui, un mois après, rentre avec un abcès froid du thorax ! (Obs. VII.)

Nous estimons donc que, quelquefois, une ponction antérieure peut ensemençer la paroi, que parfois à longue échéance, cet ensemençement peut apparaître sous forme d'un abcès froid du thorax ; et nous ajoutons donc une modalité nouvelle possible à l'étiologie de ces lésions.

Au point de vue clinique, cet abcès froid, reste d'ancienne ponction, ne présente aucun caractère particulier. Il survient dans deux conditions : ou bien succédant immédiatement au nodule d'ensemencement, et alors on voit le nodule grossir, devenir fluctuant, au bout d'un temps pouvant être fort long, sans que les symptômes généraux soient importants. D'autres fois, cet abcès survient sans cause apparente, et il faut fouiller dans les antécédents du malade pour savoir que deux, trois, quatre ans auparavant, il a eu une pleurésie, et que, depuis ce temps, il a toujours plus ou moins souffert du point où l'abcès s'est développé.

Souligoux avait vu ce rapport fréquent et le rapportait aux seules lésions pleurales. Nous citerons deux de ses Observations qui nous paraissent pouvoir étayer notre thèse.

L'abcès peut avoir un siège double, sus ou sous-costal ; quelquefois, il est formé de deux poches,

l'une au-dessus, l'autre au-dessous du plan costal, et alors est constitué l'abcès en bissac, en sablier.

Lorsqu'il siège dans l'espace *sus-costal*, on trouve d'abord une tuméfaction qui se ramollit de plus en plus et devient une véritable tumeur fluctuante. De taille variable, mais ne dépassant pas généralement le volume du poing, elle est bien limitée, arrondie. Les téguments ne présentent pas de modifications de couleur au-dessus d'elle. La palpation est totalement indolore. L'abcès est irréductible et ne reçoit pas d'impulsion à la toux.

L'abcès *sous-costal* a une évolution plus torpide, plus latente. Au début, il se manifeste par des douleurs sourdes, à siège difficilement précisable, exagérées et localisées par la palpation. Petit à petit, le processus nécrotique envahit l'espace intercostal et, finalement, l'abcès vient faire saillie sous les plans superficiels. Les signes sont alors les mêmes que ceux des abcès *sus-costaux*, avec cette différence, cependant, qu'ils peuvent être partiellement réductibles.

Au point de vue de leur évolution, ces abcès progressent vers la fistulisation. La peau devient de plus en plus mince, rougit, et, finalement, se forme une fistule qui videra l'abcès. Abandonnée à elle-même, cette plaie ne guérira que lentement, et rarement. Toutefois, il est à noter que la tendance à la cicatrisation est ici moins exceptionnelle que dans le cas d'abcès froid consécutif à une lésion osseuse.

Anatomie Pathologique

Ici encore, nous étudierons successivement le nodule et l'abcès froid, que nous séparons pour la clarté de notre exposé, mais qui, en réalité, se suivent et constituent souvent l'évolution d'une même lésion.

I. — *Nodule d'ensemencement*. — Il constitue, au début, une petite tumeur dure, de volume variable, mais habituellement semblable à celui d'une bille à jouer. Il est placé soit directement sous la peau, soit plus profondément dans l'interstice des muscles intercostaux.

Quelle est sa constitution anatomique ? Nous n'en avons jamais rencontré au cours des autopsies auxquelles nous avons pu assister, et nous avons hésité à prélever un de ces nodules. Nous en sommes, par conséquent, réduits à des hypothèses : mais si nous ne pouvons rien affirmer, du moins pouvons-nous dire qu'il est très probable que ce nodule est une production tuberculeuse primitive : un *tuberculome*. Il serait d'ailleurs facile de s'en rendre compte par les moyens d'investigation qui sont à notre disposition : recherche des bacilles de Koch, tuberculisation du cobaye, examen microscopique pouvant dénoncer les lésions caractéristiques du processus tuberculeux. Ces recherches auraient un intérêt considérable, puisque, positives, elles seraient d'un bien grand poids pour témoigner de l'inoculation de la paroi par le liquide pleural.

II. — *Abcès froid.* — Si, au lieu de rester au stade de nodule induré, la lésion continue à évoluer, comme toute production tuberculeuse, elle aboutira, après une période variable, à la formation d'un abcès froid. Le centre se ramollira, sa transformation se traduira d'abord par une sensation de rénitence, plus tard par une véritable fluctuation.

Si nous étudions cette lésion sur le cadavre, qu'allons-nous trouver ? En disséquant plan par plan, nous noterons d'abord le *siège de l'abcès*. Celui-ci correspond au lieu d'une ancienne ponction ; il sera, en général, situé soit sur la ligne axillaire, soit un peu en arrière d'elle, habituellement dans le VII^e ou VIII^e espace intercostal, au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. Comme nous l'avons déjà vu, il pourra être sus-costal, sous-costal, ou en bissac. Laquelle de ces variétés est la plus fréquente ? Il semble que ce soit la variété sous-costale. Et ceci n'a rien d'étonnant, puisque le mécanisme même de l'ensemencement, tel que nous l'avons décrit, explique suffisamment que les parties les plus profondes aient le plus de chances d'être infectées par le liquide tuberculeux.

La paroi externe de l'abcès est, habituellement grise et lisse. Cependant, Souligoux, étudiant des abcès thoraciques à un degré plus avancé, a vu sur la surface externe, de petits prolongements coniques, presque exclusivement composés de cellules embryonnaires, avec quelques petits tubercules élémentaires, par lesquels, pensait-il, devait se faire l'extension tuberculeuse. La surface interne de la paroi est iné-

gale, vilieuse ; elle limite un pus caséeux mal lié, le pus de toutes les lésions bacillaires.

Evolution et Pronostic

Nous avons déjà vu que le pronostic du « nodule d'ensemencement » est bon. La règle générale, en effet, est que ce tubercule se résorbe dans un temps plus ou moins long, mais sans attirer l'attention sur lui.

Même si, plus tard, il donne naissance à un abcès froid, l'évolution de l'épanchement n'en est point aggravée. Cet abcès, en effet, est avant tout *indépendant de la pleûve*. Il relève alors de la thérapeutique habituelle par ponctions ou par exérèses larges, à la façon d'une tumeur. Il ne survient, en tous cas, qu'au titre d'une complication relativement peu importante.

C'est sur cette idée de bénignité que nous voulons clore ce premier chapitre, opposant ainsi l'ensemencement de la paroi, par du liquide séreux, à la gravité exceptionnelle du même ensemencement, produit par du liquide tuberculeux purulent. L'étude de ce cas va faire le sujet de notre troisième chapitre.

CHAPITRE III

Ponction d'un épanchement purulent d'origine Tuberculeuse Gravité des complications pariétales dans ce cas

Etiologie

L'infection de la paroi est ici plus fréquente. Le mécanisme, sur lequel nous ne reviendrons pas, est toujours le même ; mais il s'ajoute ici un fait nouveau et important : c'est l'évolution à peu près fatale de cet abcès vers la FISTULISATION pleurale. Ceci d'ailleurs, n'a rien que de très naturel. On ne peut, en effet s'empêcher d'établir un parallèle entre une pleurésie purulente tuberculeuse et un simple abcès froid. Chacun sait combien est fréquente la fistulisation après une ponction d'abcès froid ; et c'est pour cette raison que les auteurs conseillent toujours de piquer en peau saine et le plus loin possible de la lésion. Or, que va-t-il se passer quand on ponctionne

une pleurésie purulente tuberculeuse ? On va précisément, à cause des dispositions anatomiques de la région, être obligé de piquer juste au niveau de la masse liquidienne.

Il est à peine besoin d'insister sur la gravité toute particulière de cette fistulisation. Une pleurésie purulente tuberculeuse est une suppuration froide : il vaut mieux ne pas y toucher. Certes, on est autorisé à pratiquer une ponction exploratrice : unique, elle sera généralement innocente. Mais une fois le diagnostic fait, il vaut mieux rester dans l'expectative. Tous les chirurgiens et médecins considèrent aujourd'hui qu'on ne doit pas, dans ce cas, pratiquer la pleurotomie, parce que on ne doit jamais transformer une tuberculose pleurale fermée en une tuberculose ouverte. Or, c'est précisément à cette complication redoutable que peuvent amener les ponctions répétées par la fistulisation.

Les auteurs ont tous observé ce fait, et ont été frappés par sa gravité. Dans son « *Traité de l'Empyème* », parlant d'une ponction aspiratrice, pratiquée de façon défectueuse, *Bouveret* écrivait : « Le pus est « aspiré dans le trajet du trocart, et cet accident « peut être le point de départ d'un abcès de la paroi, « lequel aboutit à l'établissement d'une fistule per-
« manente. »

Chauffard, traitant de l'« *Evolution des pleurésies purulentes tuberculeuses* », propose certes la thoracentèse, mais d'une façon prudente : « Nous n'abu-
« serons pas, dit-il, des ponctions, et nous nous effor-
« cerons, en les pratiquant, d'éviter le plus possible

« toute chance d'ensemencement tuberculeux de la
« paroi thoracique. »

Nous avons fait des recherches dans les Observations de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu et dans les Services du *Professeur Courmont* et du *Docteur Roubier*, et, des cas que nous avons trouvés, nous avons placé les plus démonstratifs à la fin de notre travail.

Clinique

L'infection de la paroi par du liquide tuberculeux purulent se traduit par l'apparition d'un *abcès tuberculeux froid ou quelquefois mixte*, si une infection est surajoutée à la nature tuberculeuse de l'épanchement.

Alors que, dans notre premier chapitre, nous avons vu que la complication pouvait apparaître, parfois des années après l'ensemencement, sous la forme d'un abcès froid à marche torpide, ici, elle survient en cours de traitement, après plusieurs ponctions, accompagnée d'une élévation de température appréciable, d'une douleur assez considérable, bref, avec les manifestations d'une évolution sub-aiguë.

Après un certain nombre de ponctions, soit exploratrices, soit évacuatrices, à la suite d'une de ces thoracentèses pratiquée dans les mêmes conditions que les précédentes, sans cause palpable par conséquent, vont soudain apparaître les signes d'infection de la paroi. Ces signes seront de deux ordres : locaux et généraux :

a) *Locaux*. — Le lendemain de l'intervention, le malade signale que le lieu de ponction, habituellement insensible, est endolori. En effet, on trouve à l'examen une légère tuméfaction de la paroi thoracique, entourant la cicatrice laissée par le trocart. La peau est rouge, chaude. La palpation, douloureuse, fait percevoir, au bout de deux ou trois jours, un noyau induré semblant adhérent à la côte. Ce noyau va grossir et, en quelques jours — une à deux semaines —, la tumeur, augmentée de volume et fluctuante, va prendre les caractères d'un véritable abcès froid.

b) *Généraux*. — Pendant cette évolution, la température s'est élevée de quelques dixièmes de degré, parfois à un degré et demi. Souvent, le syndrome fébrile est complet, caractérisé par l'accélération du pouls à 100 ou 120 pulsations, l'inappétence, l'état saburral des parties supérieures du tube digestif, les troubles gastro-intestinaux et un état asthénique pouvant aller jusqu'à une adynamie impressionnante.

Une fois constitué, cet abcès a un volume variable, habituellement celui d'un œuf de poule. Il a une forme ovoïde, allongée parallèlement aux côtes. Il ne reçoit pas d'impulsion à la toux, est nettement fluctuante et irréductible. La peau, rouge les premiers jours, reste un peu tendue et chaude, puis s'amincit progressivement, devient brillante et finit par éclater si la lésion évolue vers l'empyème de nécessité.

Cet abcès, en effet, va évoluer de plusieurs façons :

1° D'abord, et c'est malheureusement une issue assez rare, il peut s'enkyster, se transformer en tissu fibreux et se résorber à la longue. D'après *Dumarest*, cette terminaison favorable serait heureusement influencée par l'héliothérapie.

2° Mais, habituellement, cet abcès évolue vers la paroi thoracique et aboutit à la formation d'une fistule. *Dumarest* considère cette issue comme particulièrement grave : « ... Il évolue, dit-il, comme un « empyème de nécessité, vers la paroi externe, où il « finit par s'ouvrir, *ce qui constitue un véritable dé-* « *sastre.* » Pas toujours, assurément, puisqu'il est des cas où cette fistule se tarit et se cicatrise. On explique cette heureuse fin par le fait que l'abcès, dès sa formation, s'est isolé de la cavité pleurale. Mais, presque toujours, l'abcès d'inoculation communique d'une part avec la plèvre, de l'autre avec la paroi thoracique, et donne donc lieu à une fistule pleuro-cutanée, dont nous verrons plus loin la haute gravité.

3° Enfin, il se peut que ces abcès évoluant comme des abcès chauds, grossissant rapidement, et accompagnés de phénomènes généraux graves, les malades soient envoyés dans un service de chirurgie. Le chirurgien va donc inciser la paroi au-dessus de l'abcès. Souvent, à peine aura-t-il atteint le tissu cellulaire sous-cutané, il se trouvera dans une cavité d'où coulera un pus habituellement grisâtre, quelquefois fétide. Souvent, son attention sera attirée par la quantité de pus qui s'écoulera ainsi, quantité disproportionnée aux dimensions de l'abcès. Cette première poche vidée, il s'apercevra que, par un per-

tuis, du pus sourd de la profondeur : il jugera tout de suite qu'il a affaire à un abcès en bouton de chemise, incisera l'espace intercostal, resequera même une côte s'il le juge nécessaire, et ouvrira un second abcès, celui-ci situé dans le tissu cellulaire sous-pleural. A ce moment, habituellement pendant un effort de toux, on verra encore sourdre du pus de la profondeur. Qu'alors le chirurgien désire faire une intervention complète, qu'il passe une sonde dans ce trajet profond, qu'il le débride au bistouri, et il se trouve dans la cavité pleurale ; il a réalisé une pleurotomie, dans une pleurésie purulente tuberculeuse, il a transformé une tuberculose fermée en tuberculose ouverte : il a fait une *très mauvaise opération !*

Pronostic

D'après le tableau clinique succinct que nous avons essayé d'en tracer, on peut se rendre compte de la gravité extrême de ces abcès tuberculeux froids de la paroi thoracique au cours des pleurésies purulentes. Toute leur évolution est dominée par la menace continuelle de la fistulisation pleurale si redoutable. On peut, en effet, poser en règle générale, qu'une pleurésie purulente tuberculeuse fistulisée doit faire porter un pronostic *fatal dans les quelques mois* qui suivent. Les malades succombent, en général, à une cachexie progressive, quand une maladie intercurrente, généralement pulmonaire, ne vient pas encore hâter le dénouement. Lorsque ces abcès

doivent être traités, le pronostic est directement fonction de la thérapeutique qu'on leur oppose. *Elle doit être, dans tous les cas, la plus simple possible.* Si l'abcès est petit, on peut essayer de le ponctionner prudemment, en piquant en peau saine, loin de lui. Mais mieux vaut, dans ce cas, attendre, espérant la meilleure fin possible, c'est-à-dire la résorption ou l'exclusion.

Lorsque le malade sera amené au chirurgien, on peut dire que la conduite à tenir a une importance de tout premier plan. Elle peut se résumer en trois mots : *simple, économique, prudente.* On devra tout simplement vider l'abcès par une incision de moyenne grandeur. Point n'est besoin d'avoir beaucoup de jour. Une fois l'abcès ouvert, on peut, si on fait une anesthésie locale, ce qui sera le cas habituel, dire au malade de tousser. Si, à ce moment, on voit sortir un peu de pus, on ne doit pas essayer d'explorer le trajet. On fait un simple drainage à la mèche, sans essayer de poursuivre le pus : de cette façon, on peut espérer que la réaction pleurale fermera la communication entre la cavité et l'extérieur. Le résultat d'une intervention aussi soigneusement conduite sur ces principes, sera, à notre avis, inattendu.

Diagnostic

Le diagnostic précis de la lésion a donc ici, au point de vue des indications opératoires, une importance de tout premier plan. Tout le problème peut se réduire à ces deux propositions : ou bien l'abcès

est en communication avec la cavité pleurale, et alors la thérapeutique doit être très prudente ; ou bien il est complètement séparé d'elle et on peut le traiter d'une façon plus complète. Comment poser le diagnostic ? D'abord, par les signes physiques. On examinera d'une façon attentive si la tumeur est totalement ou partiellement réductible et si elle reçoit une impulsion à la toux. Il faudra prendre garde aux causes d'erreur, que peuvent provoquer les abcès en bissac. Ces signes, positifs, ont une valeur absolue ; malheureusement, négatifs, ils ne peuvent suffire. Souvent, en effet, le diagnostic de communication sera rendu très difficile par l'étroitesse du conduit.

On devra penser aussi, surtout si on a de la sonorité à la percussion, à certains abcès gazeux. Si la sonorité s'accompagne de gargouillements, on peut songer à la possibilité soit d'un pyopneumothorax, soit, fait exceptionnel, de l'ouverture à la paroi d'un abcès pulmonaire. Dans la thèse de Lemonon, M. Tixier a étudié cette évolution particulière des abcès du parenchyme, dont il a réuni 7 cas.

Une méthode serait, nous semble-t-il, susceptible de donner de bons résultats : l'examen radioscopique après injection de lipiodol. Cette technique n'a pas été, croyons-nous, essayée ; il nous paraît qu'elle mériterait d'être tentée par les spécialistes.

CHAPITRE IV

Ponction d'un épanchement du Pneumothorax Thérapeutique

Nous avons consacré un chapitre spécial à l'étude de ce point particulier, pour ne pas laisser dans l'ombre un vaste côté du problème qui nous occupe ; en réalité, il peut se ramener aux deux chapitres qui précèdent. Par quoi risque-t-on, en effet, d'ensemencer le trajet ? Avec le liquide pleural, que l'on trouve si souvent dans le pneumothorax artificiel. Suivant que ce liquide est séreux ou purulent, on peut voir survenir les diverses complications que nous avons tâchées de décrire dans les pages qui précèdent. Les auteurs qui se sont occupés de cette méthode thérapeutique les ont signalées et nous citerons les paroles de quelques-uns d'entre eux, particulièrement autorisés.

Auparavant, nous dirons un mot de la pleurésie au cours du pneumothorax.

L'épanchement pleural, suite du pneumothorax artificiel, survient souvent. D'après BERNARD et BARON, on le rencontre dans 60 % des cas. MURARD, dans sa

thèse de doctorat, relève 26 pleurésies sur 38 observations, soit un rapport de 68 % environ, dont 41,8 % purulentes. DUMAREST a rencontré l'épanchement 186 fois sur 265 observations et donne comme pourcentage habituel : 70 % de pleurésies séreuses, 22,58 % de pleurésies purulentes. Nous avons demandé à nos maîtres des Facultés de Lyon et de Montpellier quel était leur sentiment sur ces chiffres, et ils nous ont donné des nombres un peu inférieurs. Néanmoins, la conclusion de toutes ces observations est que la pleurésie survient donc d'une façon habituelle dans le traitement de Forlanini. Sans nous arrêter à la division de ces pleurésies en liquidiennes et adhésives, en séreuses, purulentes secondairement ou purulentes d'emblée, nous pouvons nous demander quels sont les reproches qu'on peut faire à la thoracentèse dans la conduite de ce traitement. Nous ne nous étendrons pas sur ce point, mais cependant nous voulons poser deux questions qui ne sont pas certes tout à fait en dehors de notre sujet, puisqu'elles restent toujours dans le domaine des complications de la thoracentèse.

a) *L'entrée de l'air par la thoracentèse
peut-elle provoquer l'épanchement ?*

Au point de vue physiologique il est incontestable que la séreuse pleurale réagit devant le gaz injecté, comme elle le fait devant un véritable corps étranger. De ce fait, elle exsude sous forme d'un épanchement séreux, physiologique, pourrait-on dire. D'autres fois, sa réaction se fait sous forme d'adhérences

pouvant créer une véritable symphyse. Il reste donc à l'heure actuelle que l'on doit tabler avec la fréquence des épanchements pleuraux au cours du pneumothorax artificiel.

b) *La thoracentèse peut-elle être accusée de la transformation purulente de l'épanchement ?*

Sauf certains cas, où l'empyème apparaît d'une façon suraiguë, où il y a eu réellement inoculation pleurale, probablement, d'après M. Bard, par une légère perforation bronchique éphémère, la pleurésie purulente suit la pleurésie séreuse normalement : « Toute pleurésie tuberculeuse ancienne, dit « Dumarest, perd son caractère séreux, pour devenir purulente, cette évolution se faisant à froid, « chroniquement, et non par un processus d'inflammation aiguë ».

Une fois le liquide formé, on pourra l'évacuer. Nous pourrions alors voir survenir, du côté de la paroi, toutes les complications que nous avons déjà signalées. Ces complications ont été vues et redoutées par les auteurs. Dumarest les considère comme banales : « Il est, en effet, *très commun* de voir se « développer, à la suite de la ponction la mieux « conduite, un nodule suppuré dans l'épaisseur de la « paroi. Habituellement, cette petite complication « guérit spontanément... mais, dans certains cas..., « elle évolue comme un empyème de nécessité. »

Léon BERNARD et BARON, après avoir divisé les formes des pleurésies consécutives à la réalisation du pneumothorax thérapeutique, en viennent aussi

à la thoracentèse. Ils ne développent pas ce point de vue, mais n'ignorent pas la complication dont nous nous occupons : « Il faut ponctionner le moins possible, pour éviter l'ensemencement du trajet, et « lorsqu'on sera forcé de faire une évacuation de « liquide, il faudra prendre de sérieuses précautions. »

PISSAVY, lui aussi, dans un récent article sur les « *pleurésies du pneumothorax artificiel* », indique clairement son opinion : « La thoracentèse, dit-il, « peut avoir de fâcheuses conséquences. » Il établit, lui aussi, la distinction entre le simple nodule et l'abcès chaud, évoluant vers la fistule pleuro-cutanée. Il indique ensuite la technique à suivre dans le traitement de ces pleurésies, qu'il divise en liquidiennes, adhésives, mixtes et graves, et la véritable conclusion de son article est, en substance, celle-ci : « La thoracentèse doit être pratiquée rarement et prudemment ». Il cite à l'appui de ces dires trois observations, que le lecteur trouvera à la fin de notre travail.

Si donc nous essayons de jeter une vue d'ensemble sur l'opinion des auteurs pratiquant la méthode de Forlanini, nous trouvons que tous redoutent ces complications de la thoracentèse et qu'ils considèrent donc cette intervention comme non dénuée de toute gravité.

CHAPITRE V

Ponction d'un épanchement purulent non Tuberculeux

Lorsqu'à la suite d'une ponction pour empyème non tuberculeux survient l'infection de la paroi, elle se fait, en général, sous forme d'*abcès chaud* ou de *phlegmon diffus* ; nous disons en général, parce qu'on peut voir un ensemencement par du pneumocoque donner un abcès à allure torpide, froide, qui pourrait en imposer dès l'abord pour un abcès tuberculeux. Nous étudierons successivement ces deux complications éventuelles. Mais, auparavant, nous ferons une courte historique de l'étude de ces abcès, dirons un mot de leur étiologie bactériologique. Nous terminerons le chapitre par l'étude du pronostic et le rapport de ces accidents avec le traitement de l'empyème contemporain.

Historique

a) L'étude des *abcès chauds* des parois thoraciques est de date relativement récente. Les anciens auteurs, en effet, confondaient toutes les suppurations de cette région et n'établissaient aucune distinction étiologique. Plus tard, les examens bactériologiques ont montré qu'il fallait séparer ces abcès en deux grands groupes : les tuberculeux, dont nous avons fait d'autre part l'histoire, et les non tuberculeux. C'est à partir de la thèse de JABOULAY (1885), que la question est étudiée avec précision. Après cet auteur, nous retrouvons des examens bactériologiques d'abcès ostéomyélitiques dans les travaux de BERTON (1886), MIROVITCH (1890), et HASLEY (1902). Deux ans plus tard, BRAQUEHAY fait une étude clinique sérieuse de ces suppurations et isole les suppurations typhiques ; DUPONT fait sa thèse sur ce dernier point. Enfin, en 1900, VIANNAY décrit la chondrmyélite des parois thoraciques consécutives à la fièvre typhoïde.

b) Le *phlegmon diffus sus-costal* n'a été étudié, pour la première fois, qu'en 1875, dans la thèse de DEMARTIAL et de SÉREZ. En 1882, PERROT reprit la question et une de ses observations servit à Bouilly de thème pour une leçon clinique. D'autres auteurs ont cité, de loin en loin, de nouveaux cas ; mais pour trouver un travail d'ensemble, il faut arriver en 1902, à la thèse de CROUZET. Cet auteur donne une bonne description des phlegmons sus et sous-costaux

et cite de nombreuses observations pour illustrer son travail.

c) *Le phlegmon sous-pleural* a été mieux étudié. Depuis longtemps, on connaît la formation de l'empyème de nécessité : BOUVERET en a donné une excellente étude.

GENDRIN, en 1826, et, plus tard, CRUVEILHER, avaient déjà vu des abcès du tissu cellulaire sous-pleural, coïncidant avec une pleurésie. BOYER, en 1853, divise les abcès de la poitrine en « extérieurs » et « intérieurs ». Pour ces derniers, il leur reconnaît : « Parfois une cause externe, comme une contusion, une plaie », ou, le plus souvent : « un vice interne, tel que le rhumatismal, le scrofuleux, le vénérien ». En 1865, parut le remarquable travail de LEPLAT, dont nous avons donné plus haut une analyse succincte.

WUNDERLICH, puis BILLROTH (1861), étudient les abcès sous-pleuraux, mais ne paraissent pas reconnaître exactement leur étiologie : ils en font simplement des lésions de voisinage.

LACHAPELLE, en 1868, rapporte des faits où le traumatisme paraît devoir être invoqué.

BARTELS (1873), RIEGEL (1877) apportent des contributions à l'étude de la péripleurite. En 1850, BARTH publie un cas de péripleurite gangréneuse.

Après lui, BERTHOSSIER, AUCLERT, MOITESSIER, MOLLARD et BERMOND, continuent l'étude de ces suppurations.

Etiologie

Toutes les inflammations du tissu cellulaire sous-cutané ou sous-pleural relèvent d'une infection dont la porte d'entrée est variable, mais constante. Si certains auteurs, Sérez, par exemple, ont cru rencontrer des phlegmons diffus de la paroi thoracique sans lésion locale, l'explication de cette erreur nous est donnée par BROCCA : « La petitesse usuelle de la porte d'entrée nous rend compte des faits naguère invoqués comme prouvant le développement spontané du phlegmon diffus ».

Pour le cas qui nous occupe, nous n'avons pas à rechercher la voie d'introduction du microbe, et point n'est besoin de refaire notre premier chapitre d'étiologie pour expliquer l'ensemencement de la paroi.

Un seule question nous occupera dans cette étiologie, c'est la *nature du microbe*, qui fait d'ailleurs, la véritable spécificité de ces pleurésies.

La statistique de BOCHER, en 1895, nous montre que les épanchements séreux sont plus fréquents que les purulents. Il envisage les épanchements des adultes et des enfants et donne les chiffres suivants :

Pleurésies purulentes	11
— hémorragiques	3
— séreuses	10
— séro-fibrineuses . . .	21

NETTER, en 1890, donne la proportion des divers microbes isolés dans les pleurésies purulentes de l'adulte et de l'enfant :

Streptocoque	44
Streptocoque et pneumocoque	2,8
Pneumocoque	26,7
Staphylocoque	1,8
Tuberculeux et putride	24,7

Comparativement, les pleurésies non tuberculeuses de l'adulte ont donné au même auteur :

Pneumocoques	24,9 %
Streptocoques	41,2 %
Putrides	8 %

Les pleurésies à *pneumocoques* ponctionnées donnent rarement des complications graves. Tout au plus, peuvent-elles donner un abcès chaud peu virulent, pouvant aboutir à la fistulisation. Mais, ici, cet accident aura peu de gravité : l'ouverture, guidée par la réaction locale, se soumet, en somme, aux règles thérapeutiques admises dans ce cas, et ne les modifie pas beaucoup.

En revanche, les pleurésies à *streptocoques* ou *putrides*, pourront donner des abcès chauds à allure suraiguë, qui forceront parfois la main du chirurgien, et des phlegmons de la paroi qui aggravent et compliquent l'acte opératoire et revêtent par eux-mêmes une gravité exceptionnelle.

Nous répéterons encore ici que l'ensemencement de la paroi est favorisé par la moindre résistance du tissu cellulaire aux infections.

Clinique

A) *Abcès chauds*. — Les abcès chauds des parois thoraciques n'ont pas de caractères particuliers les distinguant des mêmes lésions siégeant ailleurs. Au point d'une ponction, après une période d'intensité et de durée variables, généralement assez courte, apparaît une tuméfaction chaude au toucher ; la peau rougit et la fluctuation se manifeste. Les symptômes généraux peuvent acquérir quelque intensité : température élevée, pouls fréquent, insomnie, parfois même délire nocturne.

L'évolution de ces lésions est banale ; après l'ouverture, tous les phénomènes morbides disparaissent ; la suppuration ne tarde pas à tarir et la cicatrisation se fait souvent sans fistule. Quelquefois, l'abcès étant recouvert d'une couche épaisse de tissu, la tuméfaction n'apparaît pas tout d'abord.

En somme l'abcès chaud des parois thoraciques n'offre par lui-même aucun caractère de gravité ; il n'en est pas de même lorsque l'infection est diffuse et étendue.

B) *Phlegmon diffus*. — Il est caractérisé par des signes locaux et généraux particulièrement intenses, ainsi que par son évolution habituellement grave.

Il débute peu de temps après la ponction infectante, par des phénomènes généraux impressionnants. La fièvre est élevée : entre 39° et 40°, accompagnée de sueurs et de frissons. Le malade est dans un état de prostration totale et cette adynamie traduit

l'infection de l'organisme par un agent particulièrement virulent. En même temps, c'est-à-dire de très bonne heure, se montre le point de côté, toujours très douloureux. L'inspiration et l'expiration augmentent l'intensité de cette douleur ; le malade immobilise alors son thorax du côté atteint, ce qui explique sa dyspnée.

A l'examen, on trouve une zone inflammatoire siégeant sur la paroi thoracique latérale, s'étendant plus ou moins vers l'aisselle. Cette zone est rouge et ne tarde pas à s'empâter, à s'œdématiser. La douleur est intolérable, l'état général mauvais.

A l'incision, on trouve le tissu cellulaire sous-cutané infiltré d'une sérosité roussâtre, louche. Le pus décolle les interstices musculaires. Les tissus se sphacèlent de proche en proche. Après un temps variable, le malade succombe, en proie à la septicémie suraiguë. Quelquefois, surtout s'il est jeune, la guérison peut survenir, mais, dans ce cas, la convalescence est fort longue.

Lorsque l'ensemencement est fait par du liquide très putride, l'infection pariétale est impressionnante. M. le Professeur Tixier a vu arriver des malades ayant des placards violacés de la peau, placards à contours flous, présentant à la palpation une consistance ligneuse. Ces taches, de couleur cyanique, livide, cadavérique, traduisent la désorganisation profonde des éléments de la paroi, et le pronostic à porter est désespéré. Il est, en effet, à remarquer que des sujets qui, à la rigueur, se défendaient contre une

pleurésie putride, succombent rapidement à l'infection du tissu cellulaire.

Il est une variété particulière de phlegmons thoraciques que nous ne devons pas omettre, parce qu'elle peut, elle aussi, provenir d'un ^fensemencement par la ponction : c'est le phlegmon diffus du tissu cellulaire sous-pleural. Cette affection, très rare d'ailleurs, présente une symptomatologie voisine de la pleurésie purulente enkystée, et on peut se rendre compte de la difficulté que peut revêtir le diagnostic, dans les cas où ces deux affections sont concomitantes.

Pronostic

Nous dirons peu de chose de l'abcès chaud du thorax à pneumocoques ou à staphylocoques; on comprend sans peine qu'il ne puisse guère influencer le pronostic. Traité convenablement, c'est-à-dire par l'incision précoce, il guérira habituellement rapidement, et il ne gênera en rien le traitement opératoire de la pleurésie purulente sous-jacente.

Tout à fait à l'opposé, le phlegmon à streptocoques est une complication excessivement redoutable : il est grave par lui-même et par l'influence qu'il a sur le traitement de l'empyème.

Et d'abord, en lui-même. Bien que l'évolution soit en rapport indubitable avec la cause de la suppuration, on doit admettre que la terminaison du phlegmon diffus est, le plus souvent, fatale. Perrot compte 6 morts sur 10 cas ; Kümmel, 8 sur 26. Dans le cas

de phlegmon du tissu cellulaire sous-pleural, la mortalité atteint, d'après Bartels, 50 % des cas. Quand la mort est la terminaison de la maladie, les patients succombent, soit immédiatement, par le fait de la septicémie, soit au bout de trois ou quatre semaines, par suite de l'intensité et de la longueur de la suppuration.

L'influence du phlegmon sur le traitement et le pronostic de l'empyème a aussi une importance considérable. Un premier fait : l'apparition du phlegmon peut forcer la main au chirurgien. On admet, par exemple, qu'il ne faut pas toucher aux pleurésies post-grippales, tant qu'il y a des lésions pulmonaires en évolution. Survienne l'infection de la paroi. Par les douleurs qu'elle provoque, ou les phénomènes généraux ou locaux qu'elle entraîne, elle peut conduire à une pleurotomie peut-être trop hâtive, et, en tous cas, très choquante.

D'autre part, lorsque des inoculations hyperseptiques aboutissent à la formation d'abcès à allure phlegmoneuse et gangréneuse, de vastes décollements en sont la conséquence. Dans ce cas, l'inoculation est un facteur d'aggravation considérable, puisqu'elle oblige à des interventions très larges et, partant, très graves.

CHAPITRE VI

Considérations pratiques

Les accidents pariétaux, consécutifs à la thoracentèse, ont été certainement reconnus par tous les auteurs, et si, à notre connaissance, aucun travail d'ensemble n'a paru sur cette question, il n'en reste pas moins vrai que tous les ont redoutés. De là, à essayer, dans la mesure du possible, d'y remédier, il n'y a qu'un pas. Beaucoup d'artifices de technique ont été proposés; nous les examinerons rapidement. La question doit être envisagée, croyons-nous, sous un double point de vue ; nous la résumerons en ces deux propositions : a) Ne pratiquer la ponction que lorsqu'elle est nettement indiquée ; b) surveiller attentivement la technique.

1. *Les indications de la ponction pleurale.* — Cette première partie est toute dominée par un fait que nous avons déjà signalé, et sur lequel nous nous permettons de revenir, parce qu'il nous paraît tout à

fait important : c'est l'influence du nombre des thoracentèses, *et l'inocuité quasi absolue d'une seule ponction*. Bien que désirant ne donner que les grandes lignes de cette question, nous sommes obligés de distinguer la ponction exploratrice de la ponction évacuatrice.

a) PONCTION EXPLORATRICE. — Nous estimons que l'on devrait réserver cette intervention pour les seuls cas où on désire un examen du liquide, sa présence seule ne nécessitant pas, pour être prouvée, une ponction. Ou bien, en effet, le liquide est en très petite quantité, et alors on peut parfaitement se contenter d'en soupçonner la présence, puisqu'aussi bien la thérapeutique n'en est pas modifiée ; ou bien, la quantité du liquide est appréciable, ou a fortiori, considérable, et les signes physiques sont toujours suffisants pour le déceler. D'ailleurs, à l'heure actuelle, nous avons un moyen aussi démonstratif que la ponction et dépourvu d'inconvénients : c'est l'examen radioscopique. Nous ne saurions trop conseiller l'emploi de cette méthode dans le cas qui nous occupe.

Si c'est un diagnostic étiologique que l'on veut faire, une ponction s'impose. Ici, nous dirons au praticien : pratiquez-la, mais soyez-en économe ! *Une seule suffit* en général. Avez-vous affaire à une pleurésie séreuse, à une pleurésie purulente tuberculeuse ? Attendez. Avez-vous affaire à une pleurésie à microbes virulents ? Dès le diagnostic fait, envoyez immédiatement le malade au chirurgien, sans essayer, par des ponctions vaines et dangereuses, de vider un

épanchement qui nécessite une pleurotomie large et précoce.

b) PONCTION ÉVACUATRICE. — Ici, la question est plus délicate ; on ne peut pas formuler de règles précises. Même dans les limites de la division de notre sujet, nous sommes obligés de considérer que tous les cas sont à examiner séparément.

Cependant, pour ponctionner une pleurésie séreuse, il faut attendre que les indications soient précises. Pour les pleurésies purulentes tuberculeuses, on ne saurait trop répéter que la prudence doit être à la base du traitement ; comme pour toute tuberculose évolutive, on devra n'y toucher que si on y a la main forcée. Quant aux pleurésies à microbes virulents, nous avons dit plus haut ce que nous en pensons. Nous estimons d'ailleurs que la menace d'une grave septicémie imminente est suffisamment impressionnante pour faire poser d'urgence l'indication de l'intervention chirurgicale.

2. *La technique proprement dite.* — Il nous reste à dire un mot des précautions que prennent les auteurs. Le Docteur ROUBIER conseille de ponctionner, le plus en avant possible ; de dépasser même la ligne axillaire ; il a observé l'influence très réelle de ce point d'élection sur la fréquence des infections pariétales. Dumarest conseille de se servir d'aiguilles très fines. Si on emploie une aiguille un peu plus grosse, on a intérêt à prendre un mandrin, qui aura un double avantage : celui d'empêcher l'aiguille de se boucher pendant la ponction, et celui d'éviter que du liquide reste dans l'intérieur en fin d'opération.

Certains auteurs chauffent le mandrin, avant de l'introduire, pour stériliser en quelque sorte la lumière ; cette précaution a contre elle d'être douloureuse.

Une fois la ponction pratiquée, on doit retirer le trocart d'un geste précis et détruire, autant que possible, en malaxant la région de deux doigts, la continuité de la plaie d'entrée du trocart. Avant de retirer l'aiguille, M. le Professeur Courmont, dans son service de l'Hôtel-Dieu, injecte tantôt un peu d'air ou d'azote dans l'aiguille qui lui sert à vider l'épanchement avant une insufflation, tantôt un peu de liquide de Dubard. D'autres médecins injectent quelques gouttes de Dakin, plus souvent des formules personnelles. Après la ponction, on recommande au malade de se coucher au moins pendant un certain temps sur le côté sain. Enfin, les auteurs qui pratiquent le pneumothorax thérapeutique conseillent de terminer toute insufflation sur la pression zéro.

Certes, nous ne prétendons pas qu'avec ces quelques artifices, on évitera à coup sûr l'infection de la paroi. Du moins, aura-t-on fait tout ce qui, à l'heure actuelle, est possible ; à cela se borne le rôle, malheureusement imparfait, du médecin.

*
*
*

Avant de tracer les conclusions de ce travail, qu'il nous soit permis de dire que nous n'avons pas eu la prétention d'apporter des lumières nouvelles sur un sujet trop connu. Nous avons voulu seulement mentionner, sans plus, les accidents qui, parfois, peuvent

suivre la ponction du thorax. Au passage, nous avons insisté un peu sur des points qui nous ont paru intéressants : historique de la thoracentèse, étiologie des abcès froids du thorax. En somme, nous voudrions que si quelqu'un lit un jour ce très modeste travail, il garde l'idée que la ponction peut avoir quelquefois de graves conséquences, mais que la rareté de ces complications est une raison suffisante pour ne pas se priver d'une opération aussi précieuse.

Nous croirions avoir ainsi répondu au vœu de *M. le Professeur Tixier*, qu'il nous plaît de citer encore à la dernière ligne comme à la première page de notre thèse, pour lui renouveler toute notre reconnaissance.

OBSERVATIONS

1) *Infection pariétale par liquide séreux d'origine tuberculeuse*

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Docteur ROUBIER)

*Pleurésie séreuse tuberculeuse. — Nodules d'ensemencement
après trois ponctions*

M... Marinette, 17 ans, domestique, rentre le 19 septembre 1924, dans le service du Docteur Roubier, pour tuberculose pulmonaire. Elle vient du service de M. le Docteur Bonnet, où elle était soignée pour plaques muqueuses spécifiques.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler.

Antécédents personnels : A 2 ans, soignée à la Charité pour rougeole, compliquée, en fin d'évolution, par broncho-pneumonie. Réglée à 16 ans régulièrement. Les règles ont cessé depuis le mois de mai.

La malade a commencé de tousser depuis 20 jours. Quelques filets de sang dans les crachats. Toux émetisante. Essoufflée, amaigrie.

A l'examen, on trouve, du côté droit : douleur dans la fosse sus-épineuse. Submatité au sommet, matité à la base. Râles humides, sibilances, retentissement de la toux et de la voix à ce sommet. A la base, râles crépitants, gros souffle expiratoire. Le poumon gauche est cliniquement sain.

L'examen des crachats, pratiqué le 6 octobre, est positif. Le pneumothorax est décidé.

Première ponction, 11 octobre.

Plusieurs ponctions, pour entretenir le pneumothorax,

Le 25 janvier 1925, apparition d'un épanchement pleural.

Première ponction, le 31 janvier : liquide citrin.

Deuxième ponction, le 26 février : 200 cc. liquide citrin.

Troisième ponction, le 15 mars : 100 cc. liquide citrin.

A la suite de ces ponctions, on constate *deux nodosités* incluses dans la paroi thoracique, régulièrement arrondies, ne recevant pas d'impulsion à la toux et douloureuses à la pression. La peau est mobile au-dessus d'elles et ne présente pas de modifications appréciables.

L'évolution de ces nodules a été bénigne. Au bout de quelques semaines, ils ont, petit à petit, diminué de volume et se sont à peu près complètement résorbés.

OBSERVATION II

Empruntée à SOULIGOUX, *in Thèse VADON*

(Résumée)

Pleurésie séreuse. — Abscès froids du thorax non fistulisés

A son entrée, il existait à la base du thorax une plaque inflammatoire, occupant une hauteur de 8 à 10 centimètres. La peau est rouge et il existe de *petits abcès* aux points où avaient été pratiquées des ponctions capillaires.

Pas de fluctuations ; matité incomplète au niveau des lésions.

Diagnostic : Tuberculose pleuro-costale.

Une ponction pratiquée amène un litre de sérosité. Sort sur sa demande, le 16 novembre.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance du Docteur ROUBIER,

citée dans la thèse du Docteur VALETTE)

Pleurésie séreuse tuberculeuse (11 ponctions).

Abscès froids non fistulisés

D... Joseph, 27 ans, employé, entré le 9 octobre 1923, dans le service du Docteur Roubier, pour tuberculose pulmonaire.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels,

Le début de l'affection actuelle remonte au 1^{er} mai 1923. A cette date, le malade perd du poids. Depuis, toux continue, pas d'hémoptysies. Température irrégulière. Toux émetisante parfois. A l'entrée, l'examen clinique montre des lésions bacillaires très nettes du sommet droit. Examen des crachats et examen radioscopiques très positifs.

On commence le pneumothorax le 11 octobre 1923, et il est régulièrement conduit.

Le 3 décembre, apparaît un épanchement.

- I^{re} ponction, 15 décembre 1923 : liquide séreux.
- II^e ponction, 25 décembre 1923 : 250 cc. de liquide citrin.
- III^e ponction, 24 janvier 1924 : 250 cc. de liquide citrin.
- IV^e ponction, 4 février 1924 : 1.800 cc. de liquide citrin.
- V^e ponction, 11 février 1924 : 2.000 cc. de liquide citrin.
- VI^e ponction, 18 février 1924 : 1.000 cc. de liquide citrin.
- VII^e ponction, 25 février 1924 : 800 cc. de liquide citrin.
- VIII^e ponction, 31 mars 1924 : 500 cc. de liquide citrin.
- IX^e ponction, 28 avril 1924 : 100 cc. de liquide citrin.
- X^e ponction, 26 mai 1924 : 1.200 cc. de liquide citrin.
- XI^e ponction, 20 juillet 1924 : 200 cc. de liquide citrin.

A la suite de cette ponction, apparaissent *deux tuméfactions*, un peu douloureuses au palper, qui, petit à petit, aboutissent à la fluctuation.

Le 15 décembre 1924, ces abcès sont revus et sont stationnaires.

Le 12 janvier 1925, ils ont augmenté de volume. L'externe le plus volumineux est de la grosseur d'une mandarine. Fluctuation. Pas d'expansion à la toux.

Revus le 7 février, puis le 9 mars, ces abcès restent gros. Ils sont complètement indolores. La peau ne subit pas de modifications. Au 1^{er} juillet 1925, les abcès ont un peu diminué de volume ; ils n'ont pas tendance à la fistulisation.

Les abcès ont continué à diminuer. Au bout de quelque temps, seule une induration locale trahit leur existence.

OBSERVATION IV

(Résumé d'une observation de LEPLAT, parue in *Thèse VADON*)

*Abcès froid, consécutif à pleurésie séreuse.
Pas de fistulisation.*

Louis-Pierre P..., 29 ans.

Aucun antécédent héréditaire ni personnel.

Rentre au Val-de-Grâce, le 16 avril, pour pleurésie séreuse gauche.

Pendant trois mois, suit un *traitement approprié à son état (ponctions)*. Au mois d'août, apparition d'une *tumeur* sur la partie inférieure et latérale de la poitrine, au niveau de la huitième côte. Cet abcès, fluctuant, irréductible, indolent, a le volume d'un petit œuf. Etat général nettement mauvais. Vers le mois d'octobre, apparaît un deuxième abcès au niveau du sixième espace intercostal. Vers le mois de novembre : vomique. Décès le 15 décembre 1864.

Autopsie. — Le grand abcès est situé sous la couche superficielle des grands muscles de la partie inférieure et postérieure du dos. Dans le septième espace, chemine un trajet fistuleux long de 6 centimètres, et qui vient aboutir en dedans de la plèvre épaissie. *Aucune lésion costale.*

Le second abcès est situé en avant, le long de la cinquième côte. Dans le poumon, lésions tuberculeuses évidentes.

OBSERVATION V

(Résumé d'une observation de SOULIGOUX,
publiée in *Thèse VADON*)

*Abcès froid du thorax, consécutif à pleurésie séreuse
tuberculeuse. — Fistulisation.*

La nommée X..., âgée de 26 ans, entre à l'hôpital le 9 avril pour pleurésie tuberculeuse droite.

Le 11 avril, thoracentèse et injection d'éther iodoformée.

Le 7 mai, sortie.

Ap mois de juin, pleuro-pneumonie ayant duré sept semaines. Léger épanchement pleural : nouvelles ponctions.

Il y a six semaines apparition, vers la pointe de l'omoplate, d'un abcès peu douloureux, qui ne devient plus douloureux qu'il y a quinze jours. Actuellement, l'abcès est gros comme le poing et se fistulise. Le malade sort avec sa fistule. (Observation inachevée.)

OBSERVATION VI

(Résumé d'une observation de DE ROUVILLE,
in Thèse VADON)

Abcès froid thoracique d'origine pleurale

D. S., employé d'octroi, 43 ans, entre dans le service du Professeur Duplay, le 23 juillet 1894.

Antécédents héréditaires : Père mort de pneumonie. Mère présentant de grosses lésions tuberculeuses.

Antécédents collatéraux : Une sœur morte probablement tuberculeuse.

Antécédents personnels : Bien portant jusqu'à 40 ans. A ce moment, pleurésie gauche traitée (ponctions).

Actuellement, aspect tuberculeux. Tumeur siégeant dans le cinquième espace. *Depuis sa pleurésie, le malade a toujours souffert de ce point.* Elle est petite, irréductible, indolore et fluctuante.

Le 2 août, incision d'une première poche, donnant peu de pus tuberculeux. A travers l'espace, sourd du liquide. Le chirurgien incise plus profondément et donne issue à un demi-verre de pus. Il résèque une partie des cinquième et sixième côtes. Pas de communications avec la plèvre. *Aucune lésion costale.* La plaie donne toujours. (Observation inachevée.)

OBSERVATION VII

(Résumé d'une observation de LEPLAT, in *Thèse VADON*)

Abcès froid thoracique, suite de pleurésie séreuse

D..., garde à Paris, 41 ans, 21 ans de service.

Aucun antécédent personnel.

Rentre le 22 mars 1864, pour la première fois, à l'hôpital, pour pleurésie droite séreuse. Sort, après 27 jours d'un *traitement approprié à son état* (ponctions).

Un mois après, il revient pour une tumeur thoracique, s'étendant de 2 cm. au-dessous de l'épine de l'omoplate à 4 cm. au-dessous de l'angle inférieur.

Première incision, le 21 octobre : il s'écoule du pus. L'exploration à la sonde ne permet pas de trouver d'altérations costales. Huit jours après, courte incision et drainage.

Vers la fin décembre, l'état général est satisfaisant, mais la plaie laisse toujours s'écouler du pus et nécessite un drainage.

II) *Infection pariétale par du liquide purulent d'origine tuberculeuse*

OBSERVATION VIII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur COURMONT)

Pleurésie purulente tuberculeuse. — Abcès froid thoracique, après deux ponctions. — Non fistulisé. — Décès.

R..., Mohammed, manœuvre, 26 ans, rentre dans le service de M. le Professeur Courmont, le 26 août 1922, envoyé pour bronchite chronique.

Antécédents héréditaires et collatéraux : Rien à signaler.

Antécédents personnels : Fièvre, avec diarrhée (?), en Algérie, à 11 ans.

Depuis qu'il est en France, s'enrhume tous les hivers. Jamais de pleurésie ni d'hémoptysies. Toux fréquente. Amaigrissement.

A l'examen, on trouve :

1° *Poumons*. — Droit : sommet submat. Pas de modifications nettes des vibrations. Respiration un peu soufflante, avec très léger retentissement de la toux.

Plus bas, quelques râles.

A la base, râles de bronchite.

Respiration soufflante dans l'aisselle et dans le dos.

En avant, obscurité respiratoire.

Gauche : sommet semble normal à la palpation et à la percussion. A l'auscultation, respiration granuleuse, un peu saccadée. Râles fins, qui éclatent par bouffées.

A la base, râles nombreux.

En avant, dans la fosse sous-claviculaire, râles et craquements.

2° *Cœur*. — Normal.

3° *Abdomen*. — Souple. Rate perceptible. Foie un peu gros (déborde de 3 cm. le rebord costal).

4° *Autres appareils*. — Rien à signaler.

Examen des crachats positif : nombreux bacilles de Koch. Traité pour tuberculose pulmonaire.

Le 10 mars 1923, après forte dyspnée, température, l'examen fait faire le diagnostic de pleurésie.

Première ponction, le 10 mars 1923. Ramène un liquide très louche. Le malade a un violent point de côté.

Le surlendemain, le liquide s'est reformé ; matité absolue, voussure, silence respiratoire.

Deuxième ponction le 13 mars 1923. On évacue un liquide dense, plus vert que lors de la dernière ponction. Le liquide examiné contient quelques streptocoques.

A la suite de cette ponction, *légère tuméfaction, localisée au point opéré*. Elle augmente rapidement et le 17 mars elle présente les caractères suivants : tuméfaction de la grosseur d'une paume de main. Pas de fluctuation, rougeur et empatement diffus. Très douloureuse à la pression. L'auscultation dénonce un liquide peu abondant.

Les phénomènes morbides ne diminuent pas et, tandis

que la tuméfaction se limite et prend les caractères d'un abcès froid, le malade succombe, le 24 mars 1923.

Autopsie. — On ouvre la poche pariétale. Il s'écoule une grande quantité de pus tuberculeux. On ne peut retrouver la communication avec la plèvre. Mais les côtes voisines sont indemnes. Donc, simple inoculation du tissu cellulaire par la ponction.

OBSERVATION IX (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur COURMONT)

Pleurésie purulente tuberculeuse. — Abcès froid après deux ponctions. — Fistulisation. — Décès.

F... Maurice, 51 ans, comptable, entre le 8 octobre 1923, dans le service de M. le Professeur Courmont, pour tuberculose pulmonaire.

Antécédents héréditaires : Mère morte tuberculeuse.

Antécédents personnels : Rougeole à 9 ans. Pneumonie à 14 ans. Pleuropneumonie droite à 30 ans.

A partir de 1909, sueurs nocturnes, toux sèche.

En janvier 1911, le malade s'alite, avec de la fièvre, et fait une pneumonie bacillaire bilatérale. (Bacilles de Koch dans l'expectoration.)

Le 3 avril, l'état s'étant amélioré, le malade est transporté dans un sanatorium. En quatre mois, il se rétablit, il engraisse ; il jouit d'une bonne santé apparente. A Lyon, en février 1919, léger point pleurétique à gauche. En décembre 1921, pneumothorax spontané à droite : douleur aiguë sans dyspnée. Ce n'est qu'en janvier 1922 qu'au cours d'un examen médical, on fait le diagnostic.

Le malade n'a jamais interrompu ses occupations. Mais, depuis 1920, il prend tous les jours 0 gr. 50 de cryogénine, car il a sa poussée fébrile quotidienne, vers 17 heures. Prend aussi du Datura, qui fait diminuer les sueurs nocturnes. Presque tous les matins, expectoration très abondante, semblant traduire l'évacuation d'une caverne.

De temps en temps, petites poussées fébriles, accompagnées de toux et d'expectoration, durant 4 ou 5 jours.

Le 24 septembre dernier, poussée fébrile assez forte : 39°.5.

Première ponction, le 1^{er} octobre. On retire 1 lit. 1/2 de pus fétide. Le malade rentre alors dans le service de M. le Professeur Bérard.

Deuxième ponction le 5 octobre. Amène 200 gr. de pus fétide.

A la suite de cette ponction, *abcès de la paroi*. Le malade passe dans le service du Professeur Courmont.

L'examen pratiqué à l'entrée est très bref, en raison de la faiblesse du malade.

Signes de pyopneumothorax. Thorax rétracté. Absès thoracique siégeant au point où avait été pratiquée une thoracentèse. Les bruits du cœur sont faibles, tachycardie.

L'expectoration est extrêmement abondante : elle est constituée par le pus de la pleurésie. Cette expectoration se tarit si le malade se couche du côté malade, et reparaît, s'il reprend la position contraire.

L'évolution est rapide. Asthénie cardiaque progressive. L'abcès thoracique se fistulise le 10 octobre.

Décès le 13 octobre.

OBSERVATION X (Résumée)

(Due à l'obligeance de M. le Docteur ROUBIER,
publiée in *Thèse* du Docteur PAPADOPOULOS, 1923)

*Pleurésie purulente tuberculeuse. — Absès froid.
Fistulisation. — Décès.*

M. G..., mécanicien, 30 ans. Tuberculose fibro-caséreuse droite, évolution avec fièvre, dont le début remonterait peut-être à trois mois. Signes de lésions ulcéreuses du sommet droit. Le poumon gauche paraît sain. Pneumothorax artificiel droit, créé le 17 juin 1922. Résultat immédiat remarquable, décollement total. Apparition brusque, le 28 août,

d'une pleurésie purulente tétanoïde. Thoracentèses répétées, suivies d'injections d'azote. A l'endroit d'une ponction, *abcès de la paroi*, qui évolue vers l'empyème de nécessité. Cachexie progressive. Décès le 17 février.

OBSERVATIONS CITEES PAR PISSAVY

(*In Presse Médicale*, 28 mars 1925)

OBS. XI. — Un cas d'épanchement de la grande cavité au cours du pneumothorax, traité par ponctions, sans injections modificatrices. Il se produisit une fistule pleuro-cutanée, et le malade mourut de cachexie, au bout de trois mois.

OBS. XII. — Un cas traité par ponctions et injection d'huile goménolée. Il y eut fistulisation pleuro-pariétale et mort au bout de quatre mois.

OBS. XIII. — Un cas traité par ponction, injection d'huile goménolée, puis, après fistulisation et transformation putride de l'épanchement, pleurotomie. La mort survint trois jours après.

OBSERVATION XIV (Résumée)

(Due à l'obligeance de M. le Docteur ROUBIER,
publiée par cet auteur *in Lyon Médical*, 26 avril 1925)

*Pleurésie purulente tuberculeuse au cours du pneumothorax.
Abcès froid. — Pleurotomie. — Décès.*

Mme T..., 34 ans, tuberculose fibro-caséuse remontant probablement à un an, chez une malade syphilitique récente et éthylique. Foyer de ramolissement du lobe supérieur droit avec signes cavitaires de la fosse sus-épineuse. Nombreux bacilles de Koch dans les crachats. Intégrité apparente du poumon gauche. Fièvre entre 38° et 39°. Pneumothorax

artificiel droit, créé le 17 novembre 1920. Décollement total rapidement obtenu. Apparition, en avril 1921, d'une pleurésie droite, d'abord séro-fibrineuse, puis purulente. Thoracentèses répétées, suivies d'injections d'azote. Péricardite sèche passagère en septembre 1921. *Abcès froids multiples*, consécutifs aux ponctions.

Pleurotomie le 15 octobre. Cachexie progressive, suppuration abondante. Décès le 12 décembre 1921.

OBSERVATION XV

(Dû à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER)

*Pleurésie purulente. — Abcès froid après thoracentèse.
Incision. — Décès.*

G... Antoine, 25 ans, rentre à l'hôpital le 24 septembre 1909, pour pleurésie purulente tuberculeuse.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler.

Antécédents personnels : A 8 ans, diphtérie. A 14 ans, le malade a eu un point pleurétique. Ajourné une fois au service militaire et incorporé en deuxième année, rechute deux mois après son entrée au régiment. Demeure malade trois mois environ. Expectoration purulente. Se rétablit et reprend son métier. Sa deuxième rechute eut lieu au mois d'août dernier. Soigné chez M. le Docteur Devic ; on pratique chez lui des thoracentèses.

A la suite de l'une d'entre elles, et à l'endroit ponctionné, il se forme un *abcès* qui continue à donner. Cette suppuration fit amener G... en chirurgie, dans le service de M. le Professeur Tixier.

Intervention pratiquée le 26 septembre. Il s'écoule une quantité considérable de pus rouille.

Résection costale : les os sont indemnes.

La plaie continue à suppurer et le malade meurt de cachexie progressive quelques jours après.

III) *Infection pariétale par liquide purulent non tuberculeux*

OBSERVATION XVI (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur COURMONT)

Pleurésie purulente à pneumocoque.

Abscès après thoracentèse. — Opération. — Fistulisation.

G... Georges, 32 ans, rentre au service de M. le Professeur Courmont, pour tuberculose en évolution, le 11 août 1924.

Antécédents héréditaires et collatéraux : Rien à signaler.

Antécédents personnels : Pas de ganglions, pas d'otorrhée, excellente santé jusqu'à la guerre. Bon pour le service armé. Pas de blessure, pas gazé pendant la campagne. En 1916, contusionné violemment à la hanche droite par un culot d'obus ; contusion nouvelle au même endroit peu de temps après. Dans les semaines qui suivirent, il se plaint de la jambe droite. Il est évacué avec le diagnostic d'« arthrite chronique et amaigrissement ». Réformé temporaire pour tuberculose. En 1917, au niveau de la hanche droite, apparition d'un abcès, fistulisation et amélioration. En 1919, l'écoulement du pus est arrêté, mais le malade souffrant encore se décide à consulter un chirurgien qui le fait radiographier et parle d'esquilles à enlever. Le malade refuse l'intervention ; dans les semaines qui suivent, les esquilles sortent spontanément. Depuis cette époque, G... a repris son travail ; il jouit d'une bonne santé.

L'affection actuelle débute le 15 mars 1924, par de la température (39°), un point de côté, un état fébrile très caractérisé. La température se maintient, avec périodes de rémission, à 37°8. On fait le diagnostic de pleurésie, avec épanchement... A la suite d'une période d'amélioration, les signes généraux deviennent plus intenses et le malade rentre le 11 août dans le service de physiologie du Professeur Cour-

mont. On décide de vider l'épanchement et de créer un pneumothorax.

Première ponction (trocart), 12 août 1924 : On retire 1.200 cc. de pus. On injecte 900 cc. d'azote.

Deuxième ponction, 30 août 1924. On retire 1.100 cc. de pus. On injecte 1.050 cc. d'azote.

Stock-vaccin Weill-Dufourt, amène, le 16 septembre, une défervescence de la température. Le liquide d'épanchement est abondant, remontant jusqu'à la partie moyenne de l'omoplate. Pointe du cœur toujours perçue en dehors du mamelon gauche. Pouls, 108.

Troisième ponction, 23 septembre 1924. On prélève du liquide, qu'on envoie au laboratoire.

Quatrième ponction, 27 septembre 1924. Ecoulement fétide de pus verdâtre. On retire 200 cc. de pus. On ajoute 200 cc. d'oxygène. L'ablation du trocart est suivie de l'évacuation par le pertuis cutané d'une très petite gouttelette de pus.

Cinquième ponction, 16 octobre 1924. Potain à trois voies. On fait successivement : évacuation, injection d'oxygène, injection de Dubard.

Liquide de Dubard injecté	1.700 cc.
---------------------------------	-----------

Oxygène	500 cc.
---------------	---------

Quantité totale retenue	2.200 cc.
-------------------------------	-----------

L'opération a duré 1 h. 15, bien supportée par le malade.

La radio montre le poumon en casque, avec limite normale très nette. Au-dessous azote et enfin liquide mobile. Il s'est résorbé une quantité notable de liquide.

Sixième ponction, 18 octobre 1924. A noter qu'à la suite de cette ponction :

- a) La température présente une élévation vespérale ;
- b) Les crachats deviennent plus muqueux ;
- c) *Au tour de l'orifice de ponction, léger œdème de la paroi, avec petit noyau induré adhérent à la côte.*

Septième ponction, 25 octobre 1924. On aspire du pus et on injecte du Dubard.

Huitième ponction, 28 octobre 1924. Exploratrice.

Depuis le 18 octobre, la tuméfaction de la paroi a évolué. On note, quelques jours plus tard, la présence d'une petite tuméfaction fluctuante de la grosseur d'un œuf, au niveau du point de ponction.

Le 4 novembre, le malade fait une vomique.

L'abcès continuant à grossir, G... passe en chirurgie, dans le service du Professeur Tixier, le 13 novembre 1924.

A ce jour, on constate l'existence d'une tuméfaction de la grosseur d'un œuf sur la paroi thoracique droite, en arrière de la ligne axillaire postérieure, étendue en hauteur de la troisième côte au bord supérieur de la douzième. Tuméfaction chaude, tendue, douloureuse, à parois épaisses, fluctuante. Pas d'impulsion à la toux. Le diagnostic est donc : « Abscès thoracique chaud, par inoculation de la paro au niveau du passage de l'aiguille à ponction exploratrice ». Tous les examens de laboratoire pratiqués dans le service de médecine ont montré : l'absence de bacilles de Koch dans les crachats et la présence de *pneumocoques virulents* puis dans le liquide d'épanchement. L'abcès est donc probablement d'origine pneumococcique. L'intervention est décidée et réalisée le 14 novembre, par le Professeur Tixier, qui fait de grandes réserves, pensant qu'on a affaire à une pleurésie purulente tuberculeuse.

Anesthésie au chlorure d'éthyle. Ouverture large de l'abcès par une incision parallèle aux côtes. Deux loges : une sus-costale, l'autre au-dessous. On croirait un instant qu'il n'y a pas de communication avec la plèvre, mais sous l'influence d'un effort de toux, on voit sourdre du pus de la cavité pleurale. Au lieu de pratiquer la pleurotomie, on se borne là et on se contente de réaliser un large drainage à la mèche.

Suites opératoires bonnes. La température se stabilise autour de 38°. Le pouls reste fréquent (vers 120). Anorexie. Amaigrissement. Accès nocturnes.

Le malade sort le 3 décembre, gardant une fistule. Elle donne un pus crémeux, bien lié, non odorant. Crachats muco-purulents abondants.

En janvier 1925, l'expectoration diminue, la fistule donne très peu.

En mars, nous sommes frappés par l'état général du malade, qui s'est notablement amélioré. Fistule non tarie, mais donne fort peu.

Au mois de septembre 1925, soit dix mois après l'intervention, l'état général est bon, mais la fistule donne très peu.

Actuellement, G... jouit d'un état général parfait. Aucun signe de lésions pulmonaires. La fistule donne très peu, mais n'est pas encore tarie.

OBSERVATION XVII

(Due à l'obligeance de M. le Docteur ROUBIER)

Pleurésie purulente à pneumocoque. — Abcès froid après 8 thoracentèses. — Fistulisation. — Décès.

G... Marcel, 35 ans, entre le 1^{er} juin 1922 dans le service de phtisiologie du Docteur Roubier, pour tuberculose fibro-caséuse évolutive.

Antécédents : Rien à signaler.

Début lent, par point de côté, toux, fièvre.

A l'entrée :

Poumons. — Droit : En arrière, légère matité de la fosse sus-épineuse. Respiration granuleuse. Ailleurs, quelques râles. En avant, dépression sus-claviculaire assez marquée. Matité. Râles sous-crépitaux.

Gauche : Cliniquement sain.

Cœur. — Rythme à trois temps.

Autres appareils. — Rien à signaler.

Pneumothorax artificiel le 17 juin 1922, continué régulièrement. Le 12 octobre, apparition d'un épanchement purulent.

Première ponction, 14 octobre. Amène 1 litre de liquide purulent.

Deuxième ponction, 18 octobre. Amène 900 cc. de liquide purulent.

Troisième ponction, 23 octobre. Amène 1.200 cc. de liquide purulent.

Quatrième ponction, 25 octobre. Amène 1.200 cc. de liquide purulent.

Cinquième ponction, 27 octobre. Amène 200 cc. de liquide purulent.

Sixième ponction, 13 novembre. Amène 1.300 cc. de liquide purulent.

Septième ponction, 24 novembre. Amène 800 cc. de liquide purulent.

Huitième ponction, 9 décembre. Amène 1.000 cc. de liquide purulent.

Après cette ponction, et à l'orifice, il se fait un *œdème douloureux*, s'étendant sur un espace d'une paume de main. Au bout de deux à trois jours, cet abcès évolue vers la paroi et se fistulise une dizaine de jours après, constituant un empyème de nécessité.

Le 8 janvier : la fistule donne toujours abondamment. Puis elle se tarit spontanément, et alors apparaissent des signes de rétention.

Ponction le 11 janvier, amène 1.100 cc. de liquide très purulent.

Quelques jours après (3 février), on note trois fistules, dont une au dernier point de ponction (11 janvier).

Le malade meurt le 7 mars 1923.

Tous les examens bactériologiques ont montré dans le pus la présence de très nombreux pneumocoques.

OBSERVATION XVIII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER)

Pleurésie purulente à pneumocoque. — Infection de la paroi après 3 thoracentèses. — Pleurotomie. — Décès.

A... Paul, 29 ans, rentre salle Saint-Philippe le 21 février 1923, pour pleurésie datant du mois d'août 1922.

Antécédents : Rien à signaler.

Le début de l'affection paraît remonter à février 1922. Fatigue générale, asthénie, sueurs nocturnes, perte progressive de l'appétit. Toux et expectoration minimales et bronchite.

En décembre, point de côté brusque. Dyspnée, température élevée.

Actuellement, les signes sont les mêmes. Le malade tousse et crache. Amaigrissement total de 15 kilos.

A l'entrée : sujet maigre, assez coloré. Température, 38°; pouls, 110-120.

Examen. — Thorax amaigri. Pas de point douloureux.

Poumon droit : Quelques râles humides.

Poumon gauche : Signe d'un épanchement pleural abondant.

Cœur : Pouls instable, dextro-cardie notable. Bruits normaux.

Première thoracentèse. Examen du liquide pleural : pneumocoques.

Deuxième thoracentèse, le 31 janvier 1923. On enlève 1.500 gr. de pus « purée de pois ».

Troisième ponction, 8 février. Retire 3.600 cc. de pus; injecte 2.000 cc. d'azote.

Analyse du pus : pneumocoque.

Le 17 février, on remarque, en arrière, une *tuméfaction rénitente*, large comme une paume de main, avec, au centre l'orifice de ponction.

La dyspnée est très marquée, la tuméfaction grossit. Le troisième jour, le malade est opéré. Pleurotomie sans résection costale. Issue d'une grande quantité de liquide.

Décès le 26 février 1923.

OBSERVATION XIX

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER)

Pleurésie purulente à streptocoques.

Abcès après thoracentèse. — Pleurotomie. — Décès.

R... Jean, rentré salle Saint-Louis le 6 juin 1908. Le malade a eu un empyème. A la suite de plusieurs ponctions, abcès développé au lieu de l'une d'elles.

Opération le 7 juin. Pleurotomie. Drainage. Pus à streptocoques.

Le 20 juin, la fièvre se montrant avec de grandes oscillations, on décide de réintervenir. Résection costale. Drain en sautoir. Lavage de la plèvre à l'eau goménolée.

La suppuration demeure toujours très abondante. Fièvres à grandes oscillations. Etat général de plus en plus précaire. Décès le 9 août 1908.

CONCLUSIONS

Une ponction de la plèvre au cours d'une pleurésie peut inoculer la paroi thoracique.

M. le Professeur Tixier a observé cet accident dans les conditions suivantes :

A) *Dans les pleurésies tuberculeuses :*

L'ensemencement de la paroi se manifeste alors de deux façons fort différentes :

1° Sous forme d'un abcès froid banal dont l'évolution et la thérapeutique sont classiques. Il est permis alors de mettre ce mode d'inoculation au rang des pathogénies des abcès froids de la paroi thoracique ;

2° Sous forme d'un abcès de la paroi communiquant avec l'épanchement pleural purulent. Les conséquences sont alors très graves. L'incision chirurgicale de cet abcès conduit à une intervention large, avec résection costale. Elle réalise une pleurotomie et transforme une tuberculose fermée en une tuberculose ouverte. On est ainsi amené à une thérapeuti-

que véritablement désastreuse, car, par le chemin détourné d'un abcès pariétal, le chirurgien ouvre la plèvre.

M. le Professeur Tixier a eu l'occasion de voir se réaliser le schéma suivant : Tuberculose pulmonaire, traitée par la méthode de Forlanini. — Pleurésie. — Ponctions. — Abcès de la paroi. — Pleurotomie. — Mort.

La question de l'ensemencement de la paroi thoracique présente, dans ces cas, un intérêt vital.

B) Dans les pleurésies non tuberculeuses :

La gravité de l'inoculation de la paroi thoracique varie alors avec la nature microbienne de l'épanchement. Elle acquiert une particulière gravité dans les pleurésies très virulentes, celles à streptocoques par exemple. Elle peut être à l'origine de véritables abcès phlegmoneux ou gangreneux. Ceux-ci constituent en eux-mêmes un facteur d'aggravation considérable. Ils peuvent encore obliger à une intervention précipitée et prématurée, alors qu'il y aurait tout intérêt à tempérer.

Au point de vue thérapeutique, nous avons énuméré les divers moyens susceptibles d'éviter ces complications. Nous réservons une place toute particulière aux injections de quelques centimètres cubes de liquide de Dakin ou de Dubard, par l'aiguille à ponction avant son retrait. Cette méthode, conseillée et mise en pratique par M. le Professeur P. Courmont, semble donner d'excellents résultats,

Quoiqu'il en soit, la ponction de la plèvre reste une manœuvre indispensable. Elle garde une valeur diagnostique et thérapeutique indiscutable. Elle conduit à des certitudes. C'est presque à regret que nous signalons les dangers qu'elle peut faire courir. Sans vouloir les exagérer, nous voulons seulement attirer sur eux l'attention.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 16 novembre 1925,

Pour le Recteur et par délégation,
Le Vice Président du Conseil de l'Université,

L. JOSSERAND

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — L'Insufflation d'air dans le traitement des pleurésies. *Paris Médical*, 1912, N° 10.
- ATTIMONT. — Considérations sur les résultats de la thoracentèse dans la pleurésie purulente. *Thèse Médicale*, Paris, 1868.
- AUCLERT (J.). — Contribution à l'étude des abcès de la paroi thoracique à forme pseudo-pleurétique. *Thèse Médicale*, Lyon, 1893.
- AUZAT (J.). — Du traitement des pleurésies purulentes chroniques. *Th. Méd.*, Paris, 1903.
- BERNARD (Léon) et BARON. — Les pleurésies du pneumothorax artificiel. *Presse Médicale*, 10 décembre 1924.
- BERNARD (Léon) et PARAF. — L'origine des épanchements pleuraux dans le pneumothorax chez les tuberculeux. *Société d'études pour la tuberculose*, 12 fév. 1914.
- Le mécanisme et la nature des épanchement pleuraux consécutifs au pneumothorax chez les tuberculeux. *Progrès Médical*, 1914, N° 12.
- BILLROTH. — Ueber abscedirende Peripleuritis. *Archiv. für Klinische Chirurgie von Langenbeck*, 11, 1861, p. 133.
- BLACHEZ. — Du traitement des épanchements pleuraux par la thoracentèse capillaire. *Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, octobre 1868.
- BONNET. — *Archives générales de Médecine*, 1829.
- BOUCHUT (E.). — De la thoracentèse. *Gazette des Hôpitaux*, octobre 1871.

- BOUILLY. — Phlegmon diffus de la paroi thoracique latérale. *Paris Médical*, 1882.
- BOUVERET. — *Traité de l'Empyème*, 1888.
- BRIN. — La thoracentèse peut-elle provoquer la suppuration ? *Thèse de Paris*, 1878.
- BRISAUD et JOSIAS. — *Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie*, t. III, p. 879.
- CHAILLON. — Quelques observations de pleurésies traitées par la thoracentèse. *Gazette des Hôpitaux*, 1872.
- CHAUFFARD. — Evolution des pleurésies purulentes tuberculeuses. *Presse Médicale*, 9 septembre 1915.
- CONGRÈS DE CHIRURGIE (1895). — Chirurgie du poulmon.
- CONGRÈS DE CHIRURGIE. — Bruxelles, 1911.
- XIV CONGRÈS DE MÉDECINE. — Mai 1920, Bruxelles. Rapport sur le pneumothorax.
- COURTOIS-SUFFIT. — Les pleurésies purulentes. *Th. Méd.*, Paris, 1891.
- CROUZET (G.). — Contribution à l'étude des phlegmons et abcès chauds des parois thoraciques. *Th. Méd.*, Paris 1903, N° 76.
- DAMASCHINO. — La pleurésie purulente. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1869.
- DELAGÉNIÈRE. — Chirurgie pleuro-pulmonaire. *Congrès médical*, Londres, 1913, Sect. VIII, 125.
- DELBET. — Chirurgie pleuro-pulmonaire. *Société de Chirurgie*, 1895, 1896, 1897, 1900, 1903.
- DELORME. — Contribution à la chirurgie de poitrine. *VII^e Congrès de Chirurgie*, Paris, 1894.
- DEMARTIAL. — Contribution à l'étude des abcès des parois latérales du thorax. *Thèse de Paris*, 1875.
- DUMAREST. — Les applications, les risques et les complications du pneumothorax artificiel. *Livre Jubilaire du Professeur Teissier*, Lyon 1909.
- Sur la pratique du pneumothorax thérapeutique. *Province Médicale*, 12 novembre 1910.

- . Le pneumothorax thérapeutique. La conduite de la cure, ses complications, ses résultats. *Journal Médical Français*, 25 juin 1913.
- DUMAREST et MURARD. — La pratique du pneumothorax thérapeutique, 2^e édit., Paris (Masson), 1923.
- DUPLAY. — Abscess chroniques de la paroi thoracique. *Progress Médical*, 1^{er} janvier 1876.
- DUPRÉ. — Thoracentèse dans les épanchements simples. *Bulletin de l'Ac. de Médecine*, Montpellier, 1869.
- FORLANINI. — Behandlung des Lungenschwindsucht mit dem Künstl-Pneum. *Ergebnisse der inneren Medizin über Kinderheilkunde*, 9, 1912.
- Il pneumotorace art. nella cura della Tisi pulm. *VII^e Congrès int. contre la tuberculose*, avril 1912.
- GAUJOT. — Leçons cliniques faites au Val-de-Grâce.
- GENDRIN. — Histoire anatomique des inflammations, 1826.
- GUÉNEAU DE MUSSY. — *Clinique Médicale*, T. I, Thoracentèse.
- GUÉRIN. — Discussion sur la thoracentèse. *Bulletin de l'Ac. de Méd.*, 1865 et 1872.
- JACOBSON. — Zur Klinik des Lungen abcess. *Ztschr. f. Klin. Med*, 1900, XL.
- JACOT. — La pleurésie purulente, complication du pneumothorax artificiel. *Thèse Lausanne*, 1915.
- JACQUEROT. — Traitement des accidents pleurétiques survenant au cours du pneumothorax artificiel. *Etudes sur la tuberculose*, station de Leysin, 4^e série, 1915.
- LAENNEC. — *Traité de l'Auscultation*, 1857, t. II, p. 520.
- LANNELONGUE. — *Des abcès froids*, 1881.
- LEPLAT. — Abscess de voisinage dans la pleurésie. *Ann. gén. de Méd.*, 1865, vol. I, p. 402.
- LIGEROT. — Divers procédés de thoracentèse. *Thèse Paris*, 1872, N^o 364.
- LEMONON. — Possibilité de l'ouverture à la paroi thoracique des abcès pulmonaires. *Th. Méd.*, Lyon 1904-1905, N^o 93.

- MARFOUS. — Sur la pleurésie purulente tuberculeuse. *Bull. Médical*, janvier 1912, p. 27.
- MAROTTE. — Rapport sur la thoracentèse. *Mém. de la Société des Hôpitaux*, 1853.
- MAUGERY. — L'abcès froid de la plèvre. *Th. Méd.*, Paris 1899-1900.
- MENIÈRE. — Abcès froids du thorax. *Arch. Gén. de Méd.*, 1829.
- MOITESSIER. — Des abcès du tissu cellulaire sous-pleural. *Thèse Montpellier*, 1898.
- NÉLATON (Charles). — Le tubercule dans les affections chirurgicales. *Th. Paris*, 1883.
- NETTER. — *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 16 mai 1890, p. 441.
- PAPADOPOULOS. — La perforation pulmonaire complication du pneumothorax artificiel. *Th. Lyon*, 1923.
- PENOT. — Contribution à l'étude du phlegmon diffus de la paroi thoracique. *Th. Paris*, 1882.
- PERON. — Recherches anatomiques et expérimentales sur la tuberculose de la plèvre. *Th. Paris*, 1896.
- PEYROT. — Le thorax des pleurétiques et le pleurotomie. *Th. Paris*, 1876.
- PINAULT. — Considérations cliniques sur la thoracentèse. *Th. Paris*, 1853.
- PIOTAY. — Des pleurésies tuberculeuses. *Th. Paris*, 1891.
- PISSAVY. — Les pleurésies du pneumothorax artificiel. *Presse Médicale*, 28 mars 1925.
- POTAIN. — Les indications de la thoracentèse dans les pleurésies séreuses. *Ac. de Médecine*, 31 mai 1892.
- RAYMOND. — Abcès des parois thoraciques. *Gazette des Hôpitaux*, 1881.
- RIST. — Le diagnostic des maladies thoraciques avant l'invention de la percussion et de l'auscultation. *Presse Médicale*, 3 mai 1913.
- RODET et NICOLAS. — Recherches sur le pneumothorax expérimental. *Archives de physiologie*, juillet 1896.

ROSSEL. — La pleurésie séro-fibrineuse complication du pneumothorax, *Th. Lausanne*, 1921.

SÉDILLOT. — De l'empyème. *Th. de concours, Paris*, 1841.

Société de Chirurgie. — 1895, 1896, 1897. Rapports sur la chronique du poumon.

SOULIGOUX. — Pathogénie des abcès froids du thorax. *Th. Paris*, 1894.

SPRAENGEL. — Histoire de la Médecine. Fg 1145 bis, in-8°. T. IX.

THIRION. — Abcès sur la partie antérieure du thorax. *Gazette des Hôpitaux*, 1857, p. 167.

TIXIER et THÉVENOT. — Les abcès froids de la paroi thoracique d'origine articulaire. *Lyon Chirurgical*, 1^{er} janvier 1910.

TROUSSEAU. — Thoracentèse dans la pleurésie chronique. *Bull. de la Société des Hôpitaux*, 1850, p. 72.

— Leçons sur la paracentèse de la poitrine. *Cl. Méd. Hôtel-Dieu*, T. I.

TRUC. — *Thèse Médicale Lyon*, 1885.

TUFFIER. — Traitement des suppurations de la plèvre. *Bull. de l'Ac. de Méd.*, 1917.

VADON. — De l'orifice pleuro-pulmonaire des abcès froids du thorax. *Th. Bordeaux*, 1904-05, n° 24.

VERNEUIL. — *Progrès Médical*, 15 juillet 1876.

WOILLEZ. — *Traité clinique des affections aiguës de l'appareil respiratoire*, 1872.

WUNDERLICH. — Ueber péripleuritis. *Archiv. d. Heilkunde*, 1861, p. 17.

SERMENT

En présence des « Maîtres de cette Ecole », de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

(En souvenir d'une vieille coutume, en honneur à la Faculté de Médecine de Montpellier.)

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	7
Chapitre premier.— Historique de la Ponction pleurale.....	11
Chapitre II. — Ponction d'un épanchement séreux d'origine Tuberculeuse	19
Chapitre III. — Ponction d'un épanchement puru- lent d'origine Tuberculeuse. Gravité des complications pariétales dans ce cas.....	35
Chapitre IV. — Ponction d'un épanchement du Pneumothorax Thérapeutique	43
Chapitre V.— Ponction d'un épanchement purulent non Tuberculeux	47
Chapitre VI.— Considérations pratiques.....	57
Observations.....	63
Conclusions.....	81
Bibliographie	85
